

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PAR
© MARIE-EVE LABRECQUE

L'HUMANITÉ EN PSYCHOTHÉRAPIE :
LA PERSPECTIVE DE THÉRAPEUTES EXPÉRIMENTÉS

AVRIL 2016

Composition du jury

L'humanité en psychothérapie :
la perspective de thérapeutes expérimentés

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Lucie Mandeville, directrice de recherche
(Département de psychologie, Université de Sherbrooke)

Marc-Simon Drouin, membre du jury
(Département de psychologie, Université du Québec à Montréal)

Jeannette Leblanc, membre du jury
(Département de psychologie, Université de Sherbrooke)

Sommaire

Depuis quelques années, le contexte économique et social dans lequel évoluent les psychologues cliniciens amène certains auteurs à se demander si la psychothérapie est en perte d'humanité. En effet, les thérapeutes se retrouvent confrontés à la pression d'offrir des traitements brefs, rentables et validés par des données probantes, ce qui peut avoir pour effet de négliger l'aspect humain. Par ailleurs, bien que la recherche démontre le caractère fondamental de la relation thérapeutique, la dimension humaine de la psychothérapie demeure peu étudiée. En lien avec ces concepts, ceux de relation réelle, d'authenticité, de présence thérapeutique, de profondeur relationnelle et de compassion ont fait l'objet d'études et suggèrent la pertinence de s'y intéresser. Toutefois, plusieurs recoupements sont observés entre ces concepts et aucune recherche n'appréhende la dimension humaine dans sa globalité. La présente étude vise à décrire ce qu'est l'humanité et comment elle se manifeste en psychothérapie, à partir de la perspective de thérapeutes expérimentés. Un devis qualitatif exploratoire a été utilisé. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de six psychologues reconnus par leur entourage comme faisant preuve d'humanité en psychothérapie. L'analyse thématique a été privilégiée pour analyser les données recueillies. Il en est ressorti que l'humanité en psychothérapie constitue une façon d'être du thérapeute, caractérisée par l'intégration authentique de son rôle professionnel et une certaine flexibilité par rapport au cadre thérapeutique. Cette façon d'être est sous-tendue par différentes croyances, dont celle que la relation thérapeutique – considérée comme centrale en psychothérapie – contribue

au rétablissement du client. Selon les thérapeutes interrogés, l'humanité en psychothérapie se manifeste de huit façons, par la présence à soi, la présence à l'autre, l'intérêt sincère pour l'autre, la bienveillance, l'amour, la compassion, l'authenticité et l'humilité. Par ailleurs, ils évoquent que le fait de choisir une approche qui s'accorde à eux, de sélectionner des clients en fonction de leurs limites et de s'engager dans leur développement personnel favorisent cette humanité. Les résultats de l'étude enrichissent les connaissances au sujet de la dimension humaine de la psychothérapie. D'autres recherches seront nécessaires pour approfondir en quoi consiste l'humanité dans ce contexte. La présente étude permettra néanmoins de sensibiliser les différents acteurs du domaine de la psychologie à l'importance de cette dimension dans la pratique clinique et dans la formation des futurs psychologues.

Mots-clés : humanité, psychothérapie, psychologues expérimentés, relation thérapeutique, recherche qualitative.

Table des matières

Sommaire	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	ix
Remerciements.....	xii
Introduction	1
Contexte théorique	5
La psychothérapie en perte d'humanité?	6
La dimension humaine de la relation thérapeutique	7
Définir le concept d'humanité	10
L'humanité en tant que vertu	10
L'humanité dans les soins de santé	11
L'humanité en psychothérapie	13
Relation réelle	13
Authenticité	16
Présence thérapeutique.....	20
Profondeur relationnelle.....	24
Compassion	25
L'humanité en psychothérapie : un concept à explorer	29
Objectifs de l'étude	31
Méthode	32
Cadre méthodologique	33
Déroulement de la recherche	34
Sélection des participants	34
Recrutement	35
Description des participants	36
Collecte des données	36
Considérations éthiques	39
Résultats	40

Analyse des données	41
Présentation des résultats	44
Portrait global des résultats	45
1. L'humanité dans le contexte thérapeutique	47
1.1. Le cadre thérapeutique balise l'humanité	47
1.2. Le thérapeute endosse d'emblée un rôle professionnel	48
1.3. Le thérapeute est au service du client	49
2. Ce qu'est l'humanité en psychothérapie	50
2.1. L'humanité est omniprésente	50
2.2. L'humanité est l'expression de qualités personnelles dans un contexte professionnel	51
2.3. L'humanité est une façon d'être, transmise de manière implicite	52
3. Les croyances du thérapeute humain	53
3.1. La psychothérapie est une relation entre deux êtres humains	54
3.2. Au-delà du diagnostic, le client est une personne unique	55
3.3. Le client est l'expert de son expérience	56
3.4. La relation est une source de rétablissement	57
4. Les manifestations de l'humanité en psychothérapie	58
4.1. La présence à soi	58
4.2. La présence à l'autre	59
4.3. L'intérêt sincère pour l'autre	62
4.4. La bienveillance	63
4.5. L'amour	66
4.6. La compassion	68
4.7. L'authenticité	69
4.8. L'humilité	74
5. Le cadre thérapeutique et le rôle professionnel teintés par l'humanité du thérapeute	76
5.1. S'ajuster au client	77

5.2. Faire preuve de flexibilité par rapport au cadre thérapeutique	78
5.3. Intégrer son rôle professionnel de manière authentique	79
6. L'intégration de l'humanité et du rôle professionnel	81
6.1. Choisir une approche qui s'accorde à soi	81
6.2. Sélectionner les clients en fonction de ses limites	82
6.3. S'engager dans son développement personnel	83
Discussion	85
Mise en lien des résultats avec les écrits recensés	86
La reconnaissance d'une commune humanité	89
Une identification à la souffrance du client qui favorise l'émergence de la compassion	89
Une relation perçue comme égalitaire	91
La reconnaissance de son imperfection	91
La création d'un climat relationnel sécurisant	93
Une manière d'être communiquée non verbalement	94
Une question de présence	95
Un engagement affectif	96
De l'empathie à la compassion	96
L'amour : un sentiment qui a sa place en psychothérapie	98
Une rencontre authentique	103
Le dévoilement avec parcimonie	104
L'équilibre entre humanité et expertise	105
L'humanité se déploie dans le respect du cadre thérapeutique	106
La flexibilité du cadre thérapeutique est au service du client	107
L'humanité prend différents visages	107
L'intégration de l'identité personnelle et de l'identité professionnelle	108
Le développement des qualités humaines	110
Forces et limites de l'étude	111
Les forces de l'étude	111

Les limites de l'étude	112
Retombées cliniques	114
Pistes d'investigations futures	116
Conclusion	117
Références	121
Appendice A - Courriel de recrutement	136
Appendice B - Lettre d'invitation	138
Appendice C - Formulaire de consentement	140
Appendice D - Guide d'entrevue	145
Appendice E - Questionnaire de données démographiques	147

Liste des tableaux

Tableau

1	Synthèse des thèmes et des sous-thèmes issus de l'analyse thématique.....	46
2	L'humanité dans le contexte thérapeutique – Le cadre thérapeutique balise l'humanité.....	48
3	L'humanité dans le contexte thérapeutique – Le thérapeute endosse d'emblée un rôle professionnel.....	49
4	L'humanité dans le contexte thérapeutique – Le thérapeute est au service du client.....	50
5	Ce qu'est l'humanité en psychothérapie – L'humanité est omniprésente.....	51
6	Ce qu'est l'humanité en psychothérapie – L'humanité est l'expression de qualités personnelles dans un contexte professionnel.....	52
7	Ce qu'est l'humanité en psychothérapie – L'humanité est une façon d'être, transmise de manière implicite.....	53
8	Les croyances du thérapeute humain – La psychothérapie est une relation entre deux êtres humains.....	54
9	Les croyances du thérapeute humain – Au-delà du diagnostic, le client est une personne unique.....	55
10	Les croyances du thérapeute humain – Le client est l'expert de son expérience...	56
11	Les croyances du thérapeute humain – La relation est une source de rétablissement.....	57
12	Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – La présence à soi.....	59
13	Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – La présence à l'autre : s'ouvrir avec sensibilité.....	60
14	Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – La présence à l'autre : accueillir sans juger.....	61
15	Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – La présence à l'autre : centrer son attention sur l'autre.....	62

16	Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – L'intérêt sincère pour l'autre.....	63
17	Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – La bienveillance : prendre soin du client.....	64
18	Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – La bienveillance : témoigner sa sollicitude	65
19	Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – La bienveillance : adopter une attitude chaleureuse.....	66
20	Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – L'amour.....	67
21	Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – La compassion	69
22	Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – L'authenticité : être vrai avec soi-même	70
23	Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – L'authenticité : exprimer ses réactions personnelles	72
24	Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – L'authenticité : dévoiler son expérience personnelle.....	73
25	Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – L'humilité : se sentir au même niveau que le client	75
26	Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – L'humilité : reconnaître ses limites et ses erreurs.....	76
27	Le cadre thérapeutique et le rôle professionnel teintés par l'humanité du thérapeute – S'ajuster au client.....	78
28	Le cadre thérapeutique et le rôle professionnel teintés par l'humanité du thérapeute – Faire preuve de flexibilité par rapport au cadre thérapeutique	79
29	Le cadre thérapeutique et le rôle professionnel teintés par l'humanité du thérapeute – Intégrer son rôle professionnel de manière authentique	80
30	Ce qui facilite l'intégration de l'humanité et du rôle professionnel – Choisir une approche qui s'accorde à soi.....	82

31	Ce qui facilite l'intégration de l'humanité et du rôle professionnel – Sélectionner les clients en fonction de ses limites.....	83
32	Ce qui facilite l'intégration de l'humanité et du rôle professionnel – S'engager dans son développement personnel	84

Remerciements

Merci à Lucie Mandeville, ma directrice de thèse, qui a été un modèle de rigueur, d'authenticité, d'humilité, de courage et de bienveillance tout au long de mes études universitaires. Merci d'avoir créé un groupe de recherche qui m'a permis de ne jamais me sentir seule à travers ce long pèlerinage qu'aura été la thèse. Ce lieu de rassemblement nous a permis de nous entraider, de partager nos moments d'enthousiasme comme de découragement et de nouer des amitiés significatives.

Merci à tous mes collègues du doctorat qui ont partagé ma route, plus particulièrement ceux du groupe de recherche en psychologie humaniste-positive. Nos rencontres ont constitué une source importante de motivation et d'inspiration. Merci à Laurence D'Arcy-Dubois, Geneviève Gilbert, Gabriel Grenier-Melançon, Jacinthe Lambert et Jean-François Villeneuve pour votre authenticité et votre soutien lors de nos rencontres. Un merci particulier à Émilie Lamontagne, Josianne Laroche-Provencher, Sofia Marques Manata, Karine Morin, Catherine Sasseville-Lahaie et Mélanie Veilleux pour votre implication à l'une ou l'autre des étapes de ma thèse. Merci aussi à tous ceux qui ont ouvert la voie avant moi. Vos recherches m'ont servi de modèles et vous m'avez donné la confiance que ce processus avait une fin.

Merci à Angie Landry, Stéphanie Roy et Émilie Savard, mes assistantes de recherche, qui ont participé à la retranscription du verbatim des entrevues et à la discussion des résultats avec enthousiasme et rigueur.

Merci à Audrey Brassard, Anne Lafontaine et Gaétan Roy, mes superviseurs cliniques, qui m'ont offert un espace où j'ai pu découvrir ma propre identité professionnelle et m'ouvrir à mon humanité.

Merci à Jean Descôteaux, Lucie Mandeville et Francine Roy, qui m'ont fait confiance dans leurs projets respectifs. Vous m'avez permis d'acquérir une expérience en recherche qui m'a été utile pour la réalisation de cette thèse.

Merci aux participants, qui ont généreusement donné de leur temps et qui ont accepté de partager leur expérience avec authenticité. Chacun à votre manière, vous m'avez inspirée et vous avez contribué à ma réflexion sur l'humanité en psychothérapie. Merci aussi aux correcteurs de ma thèse, Marc-Simon Drouin et Jeannette Leblanc.

Enfin, merci à tous ceux qui, de près ou de loin, m'ont soutenue et encouragée tout au long de mes études. Même si vous ne compreniez pas toujours ce que je faisais (ni pourquoi c'était aussi long!), votre présence m'a permis de continuer à avancer malgré les obstacles.

Introduction

Depuis quelques années, le contexte économique et social dans lequel évoluent les psychologues amène certains auteurs à se demander si la psychothérapie est en perte d'humanité (Dunn, 2005; Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2004; McWilliams, 2005; Norcross, 2005; Yalom, 2002). En effet, le facteur humain peut être négligé au profit de traitements brefs, efficaces et rentables (Lecomte et al., 2004; Yalom, 2002), validés par des données probantes (Norcross, 2005).

Par ailleurs, la recherche démontre l'importance de la relation thérapeutique (Assay & Lambert, 1999; Lambert & Ogles, 2004; Martin, Garske, & Davis, 2000; Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012; Wampold, 2001), qui expliquerait environ 30% de l'efficacité thérapeutique (Lambert, 1992; Miller, Duncan, & Hubble, 2001). Gelso et Carter (1994) divisent la relation thérapeutique en trois composantes : l'alliance de travail, le transfert/contre-transfert et la relation réelle. Selon eux, l'alliance de travail réfère à la collaboration entre le thérapeute et le client et à l'entente par rapport aux objectifs et aux tâches à accomplir, alors que la relation réelle concerne l'aspect personnel de la relation thérapeutique. La relation thérapeutique a été largement étudiée par le biais de l'alliance de travail (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006; Elvins & Green, 2008; Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Symonds, 1991; Martin, et al., 2000; Rodgers et al., 2010). La dimension plus

personnelle ou humaine de la psychothérapie serait quant à elle peu étudiée (Cooper, 2005; Gelso, 2002; Hatcher, 2009; Hill & Knox, 2009).

Le concept d'humanité désigne à la fois l'ensemble des hommes, les caractéristiques qui définissent la nature humaine (Gaille & Foureur, 2010), le caractère d'une personne qui réalise pleinement sa nature humaine (Maslow, 1971/2006) de même que des sentiments de bienveillance envers ses semblables et de compassion pour les malheurs d'autrui (*Le Petit Robert I*, 2003). L'humanité est aussi considérée comme une vertu caractérisée par la tendance à venir en aide aux autres (Peterson & Seligman, 2004).

De plus amples recherches sont nécessaires afin de développer les connaissances au sujet de l'humanité dans le contexte plus particulier de la psychothérapie. Différents concepts réfèrent à la dimension humaine de la psychothérapie. Toutefois, plusieurs recoupements sont observés entre les descriptions qui en sont faites. Ceci suggère que les frontières entre ces concepts s'amenuisent dans la pratique et que l'humanité est une réalité qui gagne à être appréhendée dans sa globalité. Dans cette optique, la présente étude vise à mieux comprendre ce qu'est l'humanité en psychothérapie.

Cette recherche est divisée en quatre sections principales. Premièrement, dans le contexte théorique, la problématique sera exposée, les concepts pertinents seront définis et des études empiriques seront détaillées, le tout en lien avec les écrits recensés.

Quelques définitions de l'humanité seront notamment abordées. L'humanité sera ensuite mise en lien avec les concepts de relation réelle, d'authenticité, de présence thérapeutique, de profondeur relationnelle et de compassion. Les objectifs de la recherche concluront cette section.

Deuxièmement, la méthode permettra de présenter le choix du devis qualitatif, les procédures de sélection et de recrutement des six participants, le profil de ces derniers et le déroulement de la collecte des données, effectuée à l'aide d'entrevues semi-structurées.

Troisièmement, les résultats obtenus seront présentés. Le processus de l'analyse thématique, utilisé pour analyser les données recueillies, sera explicité. Les mesures mises en place afin d'assurer la validité de celles-ci seront également abordées. Ensuite, les six grands thèmes principaux ayant émergé de l'analyse des données seront décrits. Ces thèmes sont 1) l'humanité dans le contexte thérapeutique; 2) ce qu'est l'humanité en psychothérapie; 3) les croyances du thérapeute humain; 4) les manifestations de l'humanité en psychothérapie; 5) le cadre thérapeutique et le rôle professionnel teintés par l'humanité du thérapeute et 6) l'intégration de l'humanité et du rôle professionnel.

Quatrièmement, les résultats de l'étude seront discutés à la lumière des écrits scientifiques. Les retombées et les limites de la recherche seront également présentées et des pistes d'investigation pour de futures recherches seront proposées.

Contexte théorique

Dans cette section, la problématique qui a mené à l'étude de l'humanité en psychothérapie sera exposée, les écrits scientifiques en lien avec ce sujet seront décrits et les objectifs de la présente recherche seront présentés.

La psychothérapie en perte d'humanité?

Les motivations de plus en plus économiques du système de santé (Yalom, 2002), le pouvoir croissant de l'industrie pharmaceutique et l'influence d'une culture dans laquelle la consommation et la technologie prédominent (McWilliams, 2005) génèrent un contexte dans lequel les psychologues cliniciens sont confrontés à la pression d'offrir des traitements peu coûteux – donc brefs – (Yalom, 2002) dans le but de rendre le client fonctionnel le plus rapidement possible (Dunn, 2005). Lecomte et al. (2004) soutiennent que « [...] dans une époque où les critères de rentabilité et d'efficacité sont érigés en quasi-dogme, mettre au premier plan la question du facteur humain, incarnée par la figure du psychothérapeute lui-même, va très probablement à contre-courant des exigences dictées par ces critères. » (Lecomte et al., 2004, p.74). Un questionnement est alors soulevé : la psychothérapie est-elle en perte d'humanité?

Par ailleurs, dans les dernières décennies, des efforts ont été déployés dans le but de trouver les traitements les plus efficaces en psychothérapie. Une panoplie d'études scientifiques a donc été réalisée afin de déterminer des traitements validés

empiriquement et des pratiques basées sur les données probantes. Toutefois, cette tendance peut avoir pour effet de négliger la dimension humaine du thérapeute et de la psychothérapie (Norcross, 2005) et d'ignorer l'unicité et la subjectivité de la personne (Lecomte et al., 2004). Ceci peut également faire en sorte que certains concepts, plus difficiles à mesurer, soient moins étudiés (Tangney, 2002).

La dimension humaine de la relation thérapeutique

L'importance de la relation entre le client et le thérapeute dans le succès de la psychothérapie est maintenant largement reconnue empiriquement et ce, peu importe l'approche thérapeutique utilisée (Assay & Lambert, 1999; Crits-Christoph et al., 1991; Flückiger et al., 2012; Lambert & Ogles, 2004; Martin et al., 2000; Wampold, 2001). En effet, la relation thérapeutique expliquerait environ 30% de l'efficacité thérapeutique (Lambert, 1992; Miller et al., 2001). De plus, certains auteurs s'entendent pour dire que la capacité du thérapeute à établir et à maintenir une relation thérapeutique de qualité serait un déterminant majeur du succès de la thérapie (Lecomte et al., 2004; Skovholt, Jennings, & Mullenbach, 2004). On observe également que certains thérapeutes sont efficaces de manière constante auprès de leurs clients alors que d'autres le sont moins et ce, indépendamment du type de traitement utilisé (Blatt, Sanislow, Zuroff, & Pilkonis, 1996; Luborsky, McLellan, Diguier, Woody, & Seligman, 1997). La recherche portant sur l'expérience des clients en psychothérapie suggère quant à elle que ceux-ci considèrent davantage les qualités personnelles de leur thérapeute que ses techniques (Bohart & Tallman, 1999; Miller et al., 2001). Ainsi, malgré les tentatives de considérer

le thérapeute comme une variable contrôle, il apparaît impossible de nier sa contribution au succès de la psychothérapie (Norcross, 2005).

Gelso et Carter (1994), se basant sur les écrits de Greenson (1967), ont proposé un modèle de la relation thérapeutique divisé en trois composantes : l'alliance de travail, le transfert/contre-transfert et la relation réelle. L'alliance de travail réfère à la collaboration entre le thérapeute et le client et à l'entente par rapport aux objectifs et aux tâches à accomplir. Le transfert consiste, pour le client, à attribuer au thérapeute les caractéristiques de ses premières figures d'attachement. Le contre-transfert représente la façon qu'a le thérapeute de percevoir le client en fonction de ses propres représentations internes. La relation réelle concerne quant à elle l'aspect personnel de la relation thérapeutique. Ces trois composantes sont considérées comme étant en interaction les unes avec les autres.

La relation thérapeutique a largement été étudiée par le biais de l'alliance de travail (Castonguay et al., 2006; Elvins & Green, 2008; Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Rodgers et al., 2010). La dimension plus personnelle de la relation thérapeutique aurait quant à elle été peu étudiée (Gelso, 2002; Hatcher, 2009; Hill & Knox, 2009). Dans le même sens, Cooper (2005) affirme que les sentiments plus profonds de connexion partagés par le thérapeute et le client dans la relation thérapeutique constituent une dimension moins explorée empiriquement.

Pourtant, la dimension profondément humaine de la psychothérapie est reconnue depuis longtemps. Rogers (1957), fondateur de l'approche centrée sur la personne, a notamment orienté son modèle d'intervention en fonction d'une relation de personne à personne. Buber (1969) considérait quant à lui que le rétablissement émerge de la rencontre qui a lieu entre deux personnes, alors qu'elles deviennent pleinement présentes l'une à l'autre. Plusieurs thérapeutes, inspirés par la pensée de ces auteurs, considèrent aujourd'hui que l'expérience d'une rencontre authentique et profonde avec un autre être humain constitue une clé du rétablissement du client en psychothérapie (Cooper, 2005; Dunn, 2005; Mearns & Cooper, 2005; Yalom, 2002). En ce sens, Greenson et Wexler (1969) croient que le processus de changement commence avec une relation humaine réelle entre le client et le thérapeute, dans laquelle il y a un partage affectif. De leur côté, les thérapeutes qui pratiquent selon le modèle de l'intersubjectivité préconisent une rencontre entre deux réalités subjectives qui s'influencent mutuellement (Buirski, 2007; Buirski & Haglund, 2001; Lecomte & Richard, 2006; Orange, Atwood, & Stolorow, 1997). Par ailleurs, Yalom (2002) considère que les clients ont parfois simplement besoin d'être accompagnés dans leur souffrance par un être humain qui fait face aux mêmes enjeux existentiels qu'eux (p.ex., le deuil, la solitude). Ainsi, le thérapeute peut s'engager en psychothérapie comme un simple être humain qui en rencontre un autre (Cooper, 2005).

Ces façons de voir la relation thérapeutique peuvent sembler à l'encontre de la définition habituelle de la psychothérapie. En effet, le thérapeute est généralement

présenté comme un professionnel qui détient une formation académique et des compétences spécifiques, et non comme un simple être humain. Il apparaît donc pertinent de mieux cerner en quoi consiste cette rencontre humaine dans le contexte thérapeutique.

Définir le concept d'humanité

Le terme « humanité » désigne l'ensemble des hommes de même que l'ensemble des caractéristiques qui définissent la nature humaine (Gaille & Foureur, 2010). L'humanité est aussi le caractère d'une personne qui réalise pleinement sa nature humaine (Maslow, 1971/2006). *Le Petit Robert* (2003) définit l'humanité comme étant un sentiment de bienveillance envers ses semblables et de compassion pour les malheurs d'autrui. C'est plus particulièrement dans le sens de cette dernière définition que le concept d'humanité est compris dans le cadre de la présente étude. La compassion est d'ailleurs retenue comme l'une des composantes de l'humanité en psychothérapie.

L'humanité en tant que vertu

Peterson et Seligman (2004) ont publié un livre proposant une série de vertus et de forces, répertoriées d'après des études réalisées à travers diverses cultures. Ils distinguent six vertus qui sont universellement et moralement valorisées, dont l'humanité. Cette vertu regroupe des forces de nature interpersonnelle qui impliquent une tendance à venir en aide à autrui : l'amour, la gentillesse et l'intelligence sociale. Selon les auteurs, l'amour prend place dans une relation réciproque avec une autre

personne, cette relation pouvant être de différentes natures (amicale, romantique, etc.). Il est caractérisé par un engagement qui implique le partage d'aide, le réconfort et l'acceptation. La gentillesse concerne la tendance à faire preuve de compassion, à se sentir concerné par le bien-être des autres, à leur rendre service et à prendre soin d'eux. Les auteurs la décrivent comme une présence affective attentive et authentiquement chaleureuse, une sorte d'amour altruiste, sans attente de réciprocité. Cette gentillesse nécessite la reconnaissance d'une commune humanité et elle est sous-tendue par la croyance que tous les êtres humains sont d'égale valeur. L'intelligence sociale réfère à l'habileté à percevoir et à comprendre les signaux, chez soi-même et chez les autres, qui concernent les motivations, les émotions et les relations. Cette conceptualisation de l'humanité comme vertu concerne tout contact interpersonnel et n'est pas liée à un contexte en particulier.

L'humanité dans les soins de santé

Dans le domaine de la santé, l'humanité implique notamment la reconnaissance d'une commune humanité, c'est-à-dire la reconnaissance que le malade est un être humain, comme les autres (Gaille & Foureur, 2010), et que le professionnel est, lui aussi, un être humain (Almeida & Chaves, 2013). L'établissement d'une relation de sujet à sujet entre celui qui prodigue les soins et celui qui les reçoit est alors favorisé (Almeida & Chaves, 2013). L'humanisation des soins de la santé réfère également à la reconnaissance des droits de la personne, au respect de sa dignité, de son individualité, de son autonomie et de sa subjectivité (Almeida & Chaves, 2013). La personne – plutôt

que la maladie – est placée au centre de la pratique du médecin (Mignon & Sureau, 2003; Stewart et al., 2003). Ce dernier est encouragé à adopter une attitude de bienveillance, de sollicitude et d'empathie à l'égard du patient (Gaille & Foureur, 2010) et à offrir des soins dans un climat empreint d'amour et de compassion (Adams, 2002; Watson, 2003).

Les recherches qui analysent l'expérience subjective des patients ont validé l'importance de la relation entre les patients et les professionnels de soins, qui gagne à être basée sur la compassion et le respect (Shapira, 2013). Par exemple, Chochinov et al. (2013) ont conduit une recherche qualitative dans le but de déterminer les facteurs qui sont les plus aidants pour apaiser la détresse psychologique des patients atteints du cancer. Ils ont réalisé plusieurs groupes de discussion réunissant au total 78 cliniciens psychosociaux pratiquant en oncologie en provenance de 24 centres de la santé à travers le Canada. Cet échantillon était composé de travailleurs sociaux, de médecins, de psychologues, d'infirmières et d'autres thérapeutes. L'un des facteurs qui est apparu comme aidant est l'humilité du professionnel, définie comme la capacité de tolérer l'ambiguïté et de reconnaître l'expertise du patient. Un autre facteur est le respect du rythme du patient et l'ajustement à ses besoins. La présence thérapeutique apparaît également comme étant un facteur important. Elle réfère à l'attitude du clinicien notamment caractérisée par la compassion, l'empathie, le respect, le non-jugement, l'authenticité, le fait d'être pleinement présent et d'accorder une valeur intrinsèque au patient. Par ailleurs, Beltrán (2015) a mené une étude qualitative dans le but de

comprendre l'expérience que font les patients, leurs proches et les infirmières de soins humanisés. Des entrevues en profondeur ont été réalisées auprès de 16 personnes d'origine colombienne et une analyse thématique a permis de dégager divers éléments liés à leur expérience. Il en ressort notamment que les soins humanisés sont prodigués avec amour et que les relations sont basées sur la chaleur, la compréhension, la compassion et la gentillesse. Bien que le contexte médical soit différent de celui de la psychothérapie, il semble que les qualités humaines du professionnel soient essentielles dans toute relation de soins.

L'humanité en psychothérapie

À notre connaissance, l'humanité n'a pas fait l'objet d'une définition pour le contexte plus particulier de la psychothérapie. Dans les écrits scientifiques, on retrouve différents concepts qui réfèrent à la dimension humaine de la psychothérapie et qui ont fait l'objet d'études plus spécifiques : la relation réelle, l'authenticité, la présence thérapeutique, la profondeur relationnelle et la compassion. Ces concepts se manifestent tous à travers une relation d'humain à humain, pour paraphraser l'expression de Rogers (1970) (une relation de « personne à personne »). Ils sont présentés plus en détails dans ce qui suit.

Relation réelle. Un premier concept que l'on retrouve dans les écrits et qu'il est possible d'associer à l'humanité en psychothérapie est celui de « relation réelle ». Tel que mentionné précédemment, la relation réelle concerne la relation personnelle qui

existe entre deux personnes. Elle est divisée en deux composantes : l'authenticité et le réalisme (Gelso, 2011). L'authenticité réfère à la capacité d'être soi-même et de se montrer tel que l'on est; le comportement d'une personne authentique reflète alors avec justesse son expérience intérieure. Le réalisme consiste à percevoir l'autre d'une façon juste et réelle plutôt que sur la base de projections de peurs ou de désirs (présentes dans le transfert et le contre-transfert).

Gelso et ses collègues (Fuertes et al., 2007; Gelso, 2002; Gelso et al., 2005; Kelley, Gelso, Fuertes, Marmarosh, & Lanier, 2010) ont réalisé une série d'études afin de définir et de mesurer la relation réelle. Deux questionnaires ont été élaborés et validés pour mesurer ce concept d'après la perspective du thérapeute (*Real Relationship Inventory – Therapist Form* (RRI-T), Gelso et al., 2005) et celle du client (*Real Relationship Inventory – Client Form* (RRI-C), Kelley et al., 2010). Chaque questionnaire mesure les dimensions d'authenticité (p.ex., honnêteté, expression de ses vrais sentiments à l'autre) et de réalisme (p.ex., capacité de voir l'autre comme une personne au-delà du rôle professionnel, respect de l'autre pour qui il est) dans la relation thérapeutique. La validité de ces instruments de mesure, bien qu'adéquate, demeure néanmoins à confirmer avec plus de solidité. La distinction entre les composantes d'authenticité et de réalisme est notamment questionnable en raison de la forte corrélation observée entre ces deux échelles.

Les résultats des études quantitatives effectuées par ces chercheurs suggèrent un lien entre la force de la relation réelle et le succès de la psychothérapie (Fuertes et al., 2007; Gelso et al., 2012; Lo Coco, Gullo, Prestano, & Gelso, 2011; Marmarosh et al., 2009). Des analyses de régression hiérarchique suggèrent également que la force de la relation réelle, telle que perçue par le client, prédit davantage le succès de la thérapie que d'autres variables comme l'alliance de travail (Fuertes et al., 2007; Marmarosh et al., 2009) ou l'empathie du thérapeute (Fuertes et al., 2007). Ces résultats supposent que la perception du client d'être engagé dans une relation réelle avec son thérapeute pourrait avoir plus d'importance à ses yeux que l'alliance de travail. La relation réelle et l'alliance de travail demeurent néanmoins deux variables fortement corrélées entre elles (Fuertes et al., 2007) et des études supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre ce qui distingue ces deux aspects de la relation thérapeutique.

Markin, Kivlighan, Gelso, Hummel et Spiegel (2014) se sont quant à eux intéressés au lien entre la force de la relation réelle (perçue par le thérapeute et par le client) et l'évaluation de la qualité de la séance. Les résultats suggèrent que les thérapeutes considèrent la force de la relation réelle comme importante, particulièrement en début de suivi, alors que pour les clients, cette même variable est importante tout au long du processus thérapeutique. Les chercheurs soulèvent alors l'importance, pour les clients, de connecter avec une personne réelle. Selon eux, la relation réelle faciliterait le succès du processus thérapeutique en favorisant l'ancrage du client dans la thérapie malgré les moments de confrontation et de détresse.

Bien que notre étude ne s'intéresse pas à l'efficacité thérapeutique, ces recherches suggèrent l'importance de la relation réelle dans la psychothérapie et la pertinence de poursuivre les recherches sur la dimension plus humaine de la relation thérapeutique.

Plusieurs auteurs (Greenberg, 1994; Hatcher, 2009; Horvath, 2009; McCullough, 2009; Messer, 2012; Saltzman, 2012; Watson, 2011) ont commenté les travaux de Gelso et de ses collaborateurs sur la relation réelle. Ils soulèvent certains écueils rencontrés dans la définition et l'opérationnalisation de ce concept, tout en soulignant la pertinence de l'étudier. Horvath (2009) propose quant à lui de considérer d'autres aspects reliés à la dimension personnelle de la relation thérapeutique, dont la chaleur personnelle. Il affirme également que la générosité, la gentillesse et la sincérité sont des qualités personnelles qui ont leur importance dans la relation, tant pour le thérapeute que pour le client. Il soulève par ailleurs le défi de définir avec précision ces qualités et de les distinguer entre elles.

Authenticité. L'authenticité apparaît comme une autre dimension liée à l'humanité en psychothérapie. Bien qu'il s'agisse d'une composante de la relation réelle, selon la définition de Gelso et Carter (1994), ce concept est étudié de manière séparée dans d'autres recherches (Burks & Robbins, 2012; Kolden, Klein, Wang, & Austin, 2011; Schnellbacher & Leijssen, 2009). Les termes authenticité et congruence sont fréquemment utilisés comme synonymes (Goldstein & Suzuki, 2015; Kolden et al.,

2011). Rogers (1957, 1970) est l'un des premiers à avoir considéré la congruence comme l'une des conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique. Selon lui, le thérapeute devrait être librement et profondément lui-même dans la relation thérapeutique sans se cacher derrière son rôle professionnel. Il définit la congruence comme la concordance entre son expérience, la conscience de cette expérience et la communication à l'autre de cette expérience (Rogers, 1970).

Il existe plusieurs définitions de l'authenticité en psychothérapie (Jacobson, 2007). Lietaer (2001) propose une conceptualisation de l'authenticité comprenant une facette interne et une facette externe. La facette interne réfère à la « congruence » entre l'expérience intérieure que le thérapeute vit avec son client et la conscience qu'il a de cette expérience, tandis que la facette externe réfère à la « transparence » du thérapeute, c'est-à-dire à la capacité de ce dernier de communiquer son expérience au client. Cette distinction en deux facettes de l'authenticité est également partagée par Kolden et al. (2011). Schnellbacher et Leijssen (2009) ajoutent une autre composante au concept d'authenticité : la « présence personnelle ». Cela concerne la présence du thérapeute dans l'interaction avec le client et sa capacité à réagir à ce que ce dernier raconte ou à ce qui se passe dans la relation.

Le dévoilement de soi (ou autorévélation) est souvent présenté comme une façon dont l'authenticité du thérapeute s'exprime. Il est défini différemment selon les auteurs (Knox, Hess, Petersen, & Hill, 1997) et Knox et Hill (2003) déplorent la confusion qui

entoure ce concept. Bien qu'il n'existe pas de consensus sur sa définition, il est communément admis que le dévoilement de soi implique la révélation d'un aspect personnel du thérapeute (Hill & Knox, 2002; Maendly, Despland, & Kramer, 2013). Hill et Knox (2002) ont fait l'inventaire des différents types de dévoilement de soi, qui peuvent être regroupés en deux catégories : le dévoilement de soi « immédiat », qui concerne le contexte thérapeutique (p.ex., sentiments envers le client ou le processus d'intervention, orientation théorique du thérapeute), et le dévoilement de soi « non-immédiat », qui inclut les expériences du thérapeute hors thérapie (p.ex., détails biographiques, prises de conscience personnelles) (Audet, 2004; Knox & Hill, 2003). Alors que la pertinence du dévoilement de soi immédiat est reconnue, le dévoilement de soi non-immédiat demeure controversé (Ziv-Beiman, 2013).

La majorité des thérapeutes utiliseraient le dévoilement de soi (Henretty & Levitt, 2010), mais ils y auraient rarement recours (Knox & Hill, 2003). Cette technique d'intervention pourrait être bénéfique pour le client et pour la relation thérapeutique (Barrett & Berman, 2001; Geller, 2003; Hill & Knox, 2002; Safran & Muran, 1996; Yalom, 2002; Zur, Williams, Lehavot, & Knapp, 2009), mais pourrait être nuisible lorsqu'utilisée de manière excessive ou inadéquate (Hill & Knox, 2002). Le dévoilement de soi serait notamment utilisé pour favoriser une communication authentique (Geller, 2003; Hanson, 2005 ; Knox & Hill, 2003) qui serait perçue favorablement par le client (Knox et al., 1997). Ce dernier aurait alors le sentiment d'une relation plus égalitaire (Audet & Everall, 2010; Knox et al., 1997). Il percevrait le thérapeute comme plus

chaleureux (Henretty & Levitt, 2010), plus humain et plus réel (Knox et al. 1997; Knox & Hill, 2003).

De façon générale, l'authenticité est considérée comme une caractéristique du thérapeute qui favorise la création du lien avec le client et l'évolution de celui-ci (Vasquez, 2007). L'étude de Kolden et al. (2011) tend à le confirmer. Ces chercheurs ont conduit une méta-analyse dans le but de vérifier l'effet de l'authenticité sur le succès de la psychothérapie. Seize études quantitatives représentant 863 patients ont été retenues et analysées. Les résultats indiquent que l'authenticité du thérapeute a un effet moyen de 0,24 ($p < 0,5$) sur le succès de la psychothérapie. Par ailleurs, les résultats indiquent que plus un thérapeute est expérimenté, plus l'authenticité est positivement liée aux résultats de la psychothérapie. Les auteurs posent l'hypothèse que ces thérapeutes, plus matures et plus confiants, sont moins formels dans leur façon d'incarner leur rôle de psychologue et qu'ils s'engagent authentiquement dans la relation avec leurs clients. Dans cette méta-analyse, la majorité des études retenues a été réalisée avant 1990, ce qui témoigne du besoin de mettre à jour les connaissances à ce sujet. Par ailleurs, les thérapies centrées sur la personne, éclectiques et interpersonnelles sont surreprésentées, ce qui empêche de généraliser les résultats à l'ensemble des pratiques thérapeutiques.

Burks et Robbins (2012) ont quant à eux conduit une étude qualitative dans le but de comprendre comment les psychologues reconnaissent et expérimentent le concept

d'authenticité dans leur vie professionnelle. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de 17 psychologues cliniciens et une analyse phénoménologique a été réalisée. Les psychologues interrogés ont défini l'authenticité comme le fait d'être conscients de leurs pensées, de leurs croyances, de leurs valeurs et de leurs sentiments. L'authenticité, selon eux, consiste à s'exprimer et à se comporter d'une manière qui est cohérente avec ces éléments internes. Ils considèrent que l'authenticité comporte une dimension non verbale, qui est vécue à un niveau intuitif et émotionnel. Par ailleurs, les participants associent l'authenticité à l'honnêteté, au fait d'être réel, à l'ouverture et au dévoilement de soi (sans toutefois être totalement transparent). Ils considèrent que l'authenticité du thérapeute permet d'établir une relation réciproque empreinte de confiance, de sécurité et de connexion.

Les résultats de ces deux études viennent soutenir l'importance de l'authenticité, cette autre dimension associée à l'humanité, dans la relation thérapeutique. Par ailleurs, la méthode qualitative utilisée dans la seconde recherche comporte l'avantage de décrire l'expérience des thérapeutes et ainsi d'approfondir la compréhension de ce concept, d'après leur perspective subjective.

Présence thérapeutique. La présence thérapeutique apparaît aussi comme un concept relié à l'humanité en psychothérapie. Plusieurs auteurs considèrent la présence comme une attitude thérapeutique essentielle (Bugental, 1987; Geller & Greenberg, 2002, 2012; Geller, Greenberg, & Watson, 2010; Koser, 2010; Phelon, 2001, 2004). Le

fait d'être présent serait notamment nécessaire pour établir un contact relationnel profond avec le client (Colosimo & Pos, 2015). Phelon (2001, 2004) dégage différentes qualités associées à la personne qui fait preuve de présence, dont l'intérêt pour l'autre, l'engagement, la transparence, l'authenticité, la compassion et la chaleur. La présence est aussi caractérisée par la reconnaissance d'une expérience humaine commune qui amène une égalité dans la relation (Phelon, 2001, 2004).

D'après Colosimo et Pos (2015), l'importance de la présence thérapeutique est reconnue depuis longtemps, mais elle est étudiée depuis peu. Geller et ses collaborateurs (Geller, 2013; Geller & Greenberg, 2002, 2012; Geller et al., 2010; Geller & Porges 2014; Geller, Pos, & Colosimo, 2012) ont étudié ce concept. Ils définissent la présence thérapeutique comme le fait, pour le thérapeute, d'être entier, c'est-à-dire impliqué totalement dans la rencontre avec le client, dans l'ici et maintenant, à différents niveaux : physique, émotionnel, cognitif et spirituel. La présence thérapeutique nécessite d'être en contact avec soi, d'être ouvert et réceptif à ce qui se passe dans le moment présent avec l'autre, d'avoir une conscience élargie, le tout accompagné d'une intention d'être au service du rétablissement du client (Geller & Greenberg, 2012).

Geller et Greenberg (2002) ont réalisé une étude qualitative dont l'objectif était de décrire l'expérience de la présence de thérapeutes auprès de leurs clients. Des entrevues en profondeur ont été conduites auprès de sept thérapeutes expérimentés, ayant un minimum de dix années d'expérience dans la pratique de la psychothérapie.

Les données recueillies ont été analysées selon une méthode d'analyse thématique. Les thérapeutes décrivent adopter avec leurs clients une attitude de réceptivité, d'ouverture, d'intérêt, d'acceptation et de non-jugement. De plus, ils disent utiliser leurs propres réactions internes dans des interventions spontanées, intuitives et créatives et les exprimer avec authenticité lorsqu'ils estiment que cela est utile au client. Ils affirment ainsi se rendre accessibles en tant qu'êtres humains, ce qui favorise une vraie rencontre avec le client. Par ailleurs, ils rapportent faire l'expérience de respect profond, d'émerveillement, de chaleur, d'amour et de compassion envers le client lorsqu'ils sont en état de présence. Les auteurs concluent que la présence thérapeutique suppose, pour le thérapeute, d'être touché par le vécu du client tout en demeurant en contact avec sa propre expérience. Il est difficile de généraliser les résultats de cette étude à tous les thérapeutes, puisque ceux qui ont été retenus avaient presque tous une approche humaniste ou expérientielle. Cette étude rejoint particulièrement le but de notre recherche puisqu'elle tente de mieux définir un concept, dans notre cas l'humanité et dans leur cas la présence thérapeutique, et de saisir l'expérience vécue par les thérapeutes.

Geller et al. (2010) ont par la suite développé deux questionnaires auto-rapportés pour évaluer la présence du thérapeute (*Therapeutic Presence Inventory (TPI)*), l'un de 21 items pour le thérapeute (TPI-T) et une version de trois items pour le client (TPI-C). Les propriétés psychométriques de chaque instrument ont été validées. Selon l'étude de Geller et al. (2010), la présence du thérapeute, telle que perçue par le client, améliorerait

l'alliance de travail et favoriserait le succès de la thérapie. Toutefois, la mesure de la présence thérapeutique selon la perspective du client est seulement basée sur un nombre restreint d'items plutôt vagues (« Mon thérapeute était pleinement là dans le moment avec moi », « Les réponses de mon thérapeute étaient ajustées à ce que je vivais dans le moment » et « Mon thérapeute semblait distrait »), ce qui laisse douter de la validité de cette mesure.

Dans la lignée de ces études, Colosimo et Pos (2015) ont explicité différentes façons dont le thérapeute exprime sa présence, verbalement ou non, lorsqu'il interagit avec le client. À partir de théories existantes et d'observations empiriques, ils ont identifié des composantes comportementales clé de la présence afin de développer une mesure d'observation qui permettrait une étude plus rigoureuse de la présence du thérapeute. Ils ont identifié quatre modes interdépendants de présence : être ici, être maintenant, être ouvert et être avec-et-pour le client. « Être ici » consiste à porter son attention à ce qui se passe dans le bureau, à l'intérieur de soi et de l'autre. « Être maintenant » consiste à être dans le présent au moment de l'intervention, à se synchroniser à l'expérience du client et à s'ajuster au rythme de ce dernier. « Être ouvert » réfère à la capacité du thérapeute d'être réceptif et de percevoir ce qui se passe dans l'ici-maintenant. « Être avec-et-pour le client » consiste à être au service du client, dans un contact relationnel. Le thérapeute rencontre alors le client dans un espace intersubjectif partagé et s'engage avec lui dans une relation égalitaire. Chaque mode de

présence est associé à des comportements concrets qui reflètent les façons dont le thérapeute peut exprimer ou incarner la présence thérapeutique.

Il semble donc que la présence thérapeutique soit une dimension importante de la psychothérapie et qu'elle soit associée au développement d'une connexion humaine et profonde avec le client.

Profondeur relationnelle. Mearns et Cooper (2005) proposent le concept de « profondeur relationnelle » pour parler du contact humain profond qui s'établit entre le thérapeute et le client. Ils définissent la profondeur relationnelle comme un état d'engagement et de contact intime entre deux personnes, dans lequel chacun est pleinement réel et authentique avec l'autre (Mearns & Cooper, 2005). Selon Wilders (2011), ce niveau de rencontre surviendrait naturellement lorsque le thérapeute offre au client un environnement caractérisé par l'empathie, la congruence et l'acceptation inconditionnelle, conditions énoncées par Rogers (1957).

Cooper (2005) a réalisé une étude phénoménologique visant à décrire l'expérience de profondeur relationnelle entre un thérapeute et son client. Il a effectué des entrevues en profondeur auprès de huit thérapeutes expérimentés, dont sept qui pratiquent la thérapie centrée sur la personne et un l'approche centrée sur les solutions. Puis, il a analysé les données à l'aide de l'analyse thématique. Dans les moments de profondeur relationnelle, les thérapeutes décrivent être là « juste comme une personne »,

avec spontanéité, en se montrant tels qu'ils sont et parfois vulnérables. Ils disent faire l'expérience d'une relation dans laquelle il y a absence de masques. De plus, les thérapeutes ont décrit faire l'expérience d'une profonde acceptation du client, éprouvant parfois des sentiments d'amour, au sens large du terme. Lors de ces moments de rencontre en profondeur, les thérapeutes décrivent se sentir plongés dans le moment présent et énergisés. Cette étude est particulièrement pertinente puisqu'elle explore l'expérience de thérapeutes par rapport à la profondeur relationnelle, dimension qu'il est possible d'associer à l'humanité en psychothérapie. L'échantillonnage semble toutefois avoir manqué de rigueur. En effet, quatre des huit participants ont été interrogés dans le cadre d'entrevues pilotes réalisées auprès de collègues du chercheur. La taille restreinte de l'échantillon et l'absence de diversité dans l'orientation théorique des participants incitent à poursuivre les recherches sur le sujet.

Compassion. La compassion est également étroitement liée à l'humanité en psychothérapie. Ce concept a toutefois été peu étudié dans le domaine de la psychothérapie (Braun 1992; Matta, 2004; Pommier, 2010; Vivino, Thompson, Hill, & Ladany, 2009). Au cours des dernières années, des auteurs se sont intéressés à la compassion (Gilbert, 2005; Goetz, Keltner, & Simon-Thomas, 2010; Matta, 2004; Pommier, 2010; Vivino et al., 2009) et sa valeur thérapeutique commence à être reconnue dans le domaine de la psychothérapie (Gilbert, 2005; Lewin, 1996; Orange, 2006, 2011; Vivino et al., 2009). Bates (2005) suggère notamment que la compassion est

bénéfique puisqu'elle crée un environnement sécurisant et soutenant qui permet l'exploration de sujets douloureux.

Gilbert (2005) définit la compassion comme étant le fait d'être ouvert à la souffrance, sans jugement, avec le désir de soulager cette souffrance. Goetz et al. (2010) la considèrent comme un sentiment subjectif qui émerge généralement lorsqu'une personne est témoin de la souffrance d'une autre personne, et qui motive un désir subséquent de l'aider. Quant à elle, Orange (2006, 2011) présente la compassion comme la capacité du thérapeute de partager la souffrance du client, de « souffrir avec » lui. Cette attitude lui permettrait alors d'avoir une « compréhension émotionnelle » de l'autre. La compassion est aussi liée à la motivation de prendre soin, à la capacité de ressentir de la sympathie, à l'habileté à tolérer les émotions désagréables, à la capacité de compréhension empathique et au non-jugement (Gilbert, 2005, 2009, 2010). Un individu peut avoir de la compassion pour les autres, expérimenter la compassion de la part des autres ou encore avoir de la compassion pour lui-même (Gilbert, 2009, 2010; Neff, 2003a, 2003b).

Neff (2003a, 2003b) distingue trois composantes de la compassion pour soi : la gentillesse, la commune humanité et la pleine conscience. Cet auteur définit la gentillesse comme le fait d'être chaleureux et compréhensif, plutôt que de critiquer ou de juger. La commune humanité est la reconnaissance d'une expérience humaine partagée qui génère un sentiment de connexion avec les autres. La pleine conscience

consiste à demeurer présent aux pensées et émotions difficiles tout en évitant la sur-identification à la douleur ou le désengagement face à celle-ci. Pommier (2010) a repris ces différentes composantes et a développé une échelle de mesure de la compassion envers les autres (*Compassion Scale*), qui s'inspire de l'échelle de mesure de la compassion pour soi développée par Neff (2003b) (*Self-Compassion Scale*).

Des études ont été réalisées afin de mieux comprendre la compassion dans le contexte plus particulier de la psychothérapie. L'étude qualitative de Braun (1992) avait pour but de décrire comment la compassion se développe chez les cliniciens et à quel point elle est valorisée par ceux-ci. Des entrevues en profondeur ont été réalisées auprès de six psychologues cliniciens. Un questionnaire écrit a aussi été administré à 88 autres psychologues cliniciens. Une analyse de contenu a révélé que la compassion est une qualité qui est peu définie, mais qui est très valorisée en psychothérapie. Selon les participants, la compassion est associée à l'ouverture, à la volonté d'être présent, au fait d'être touché par la souffrance de l'autre, à l'altruisme, à la présence compatissante et au désir d'alléger la souffrance de l'autre.

Pour sa part, Matta (2004) a réalisé une étude phénoménologique auprès de psychanalystes et de thérapeutes d'orientation psychanalytique dans le but de décrire leur expérience de la compassion en psychothérapie. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de cinq thérapeutes à propos d'une séance dans laquelle ils ont ressentis de la compassion pour un client, et une analyse thématique a été conduite. Les

thérapeutes rapportent notamment sentir une connexion intime entre eux et le client, se sentir touchés par sa souffrance et vivre la compassion de manière implicite, c'est-à-dire non verbale. Ils rapportent que la compassion les pousse à prendre soin du client. Ils mentionnent également que l'expérience de la compassion implique une reconnaissance de l'universalité de la souffrance comme faisant partie de la condition humaine. En ce sens, ils reconnaissent qu'ils sont faits de la « même matière » que leurs clients et qu'ils sont confrontés aux mêmes dilemmes existentiels. Ils considèrent aussi être perçus comme plus « humains » et « réels » par leurs clients. Parmi les limites de l'étude, les résultats reposent uniquement sur une expérience avec un seul client pour chacun des participants. De plus, le nombre limité de participants et le manque de diversité dans l'orientation théorique des participants incitent à faire d'autres études dans le domaine.

Vivino et al. (2009) ont quant à eux réalisé une étude qualitative dont le but était d'explorer comment les thérapeutes conceptualisent et utilisent la compassion en psychothérapie. Des entrevues semi-structurées ont été effectuées auprès de 14 thérapeutes reconnus comme ayant de la compassion par leur entourage. Parmi les thérapeutes interrogés, sept sont psychologues, trois exercent comme thérapeutes familiaux et un est diplômé en service social. L'analyse des données a été effectuée selon la recherche qualitative consensuelle, qui consiste à identifier des catégories qui font consensus au sein d'un groupe de chercheurs (Hill, Thompson, & Williams, 1997). Selon les thérapeutes, la compassion émerge lorsqu'ils sont connectés à la souffrance du client, et donc qu'ils sont en mesure de la comprendre et de s'y identifier. Elle est

accompagnée d'un désir de soulager la souffrance de l'autre en favorisant le changement. Selon les participants, la compassion se manifeste par une présence à l'autre, une attitude d'ouverture, d'acceptation, de non-jugement, de bonté et d'authenticité. Ils rapportent également être habités par un sentiment d'amour pour le client. La compassion est principalement considérée comme une attitude intérieure, une façon d'être avec le client. Selon les thérapeutes interrogés, cette attitude permet d'aider les clients à explorer leur souffrance, à approfondir leur expérience et à cheminer vers leur rétablissement.

Ces trois études sur la compassion sont particulièrement intéressantes. D'une part, la compassion est une dimension associée à l'humanité. D'autre part, l'exploration est menée dans le contexte particulier de la psychothérapie et d'après la perspective des thérapeutes. De plus, le mode de recrutement des participants de la dernière étude, par la technique boule de neige, permet de cibler un échantillon des plus pertinents.

L'humanité en psychothérapie : un concept à explorer

À la lumière des écrits recensés, la dimension humaine de la relation thérapeutique apparaît comme étant fondamentale en psychothérapie. Des thérapeutes de diverses approches ont décrit ce qui fait de la psychothérapie une expérience profondément humaine (p. ex., Cooper, 2005; Orange, Atwood, & Stolorow, 1997; Yalom, 2002). Toutefois, ce qu'on entend par humanité dans un contexte thérapeutique reste à définir et de plus amples recherches à ce sujet sont nécessaires. Certains

chercheurs ont réalisé des études sur différents concepts en lien avec cette dimension humaine, soit la relation réelle, l'authenticité, la présence thérapeutique, la profondeur relationnelle et la compassion. Parmi les recherches existantes, les études utilisant une méthode quantitative ont montré l'impact de certaines de ces variables sur l'efficacité thérapeutique (p.ex., Fuertes et al., 2007; Kolden et al., 2011; Marmarosh et al., 2009). D'autres chercheurs ont quant à eux privilégié une méthode qualitative pour décrire des concepts plus en profondeur, soit du point de vue du client (p.ex., Schelbacher & Leijssen, 2009) ou du thérapeute (p.ex., Cooper, 2005; Geller & Greenberg, 2002; Vivino et al., 2009). Les études ayant été menées auprès de thérapeutes expérimentés reconnus par leur entourage ont notamment permis d'accéder à des descriptions riches et nuancées.

Bien que ces concepts aient été distingués entre eux aux fins de la recherche, il semble que leurs frontières s'amenuisent dans la pratique. En effet, plusieurs recouvrements sont observés entre les descriptions que font les thérapeutes de ces différents concepts. Par exemple, les thérapeutes rapportent vivre des sentiments de compassion et d'amour et faire preuve de chaleur auprès de leurs clients et ce, peu importe qu'il soit question de présence thérapeutique (Geller & Greenberg, 2002), de profondeur relationnelle (Cooper, 2005) ou de compassion (Vivino et al., 2009). Ceci amène à penser que ces concepts abordent une même réalité qui nécessite d'être appréhendée dans sa globalité.

Objectifs de l'étude

L'objectif général de cette recherche est de mieux comprendre l'humanité en psychothérapie. Plus précisément, cette étude vise à décrire l'expérience de l'humanité du point de vue de psychologues. Les objectifs spécifiques sont de dégager de leurs propos ce qu'est l'humanité et comment elle se manifeste en psychothérapie. Au-delà du développement des connaissances à ce sujet, certaines retombées cliniques sont également envisagées. En effet, une meilleure compréhension de ce qu'est l'humanité en psychothérapie pourra notamment encourager les thérapeutes à la développer dans leur pratique professionnelle et favoriser l'intégration de cette dimension liée au savoir-être dans la formation des futurs psychologues.

Méthode

La méthode utilisée dans le cadre de la recherche sera détaillée dans cette présente section. Le choix du devis qualitatif sera expliqué, les procédures de sélection et de recrutement des participants seront précisées, le profil des participants sera décrit, le déroulement de la collecte des données sera présenté et les considérations éthiques seront abordées.

Cadre méthodologique

Un devis qualitatif a été choisi pour réaliser la présente recherche en raison de la nature descriptive et exploratoire de celle-ci (Poupart et al., 1997). Cette étude se veut descriptive dans la mesure où elle s'intéresse à la recherche de sens plutôt qu'à l'explication du phénomène à l'étude. Elle vise ainsi à décrire l'expérience de l'humanité en psychothérapie, telle que subjectivement vécue par les thérapeutes. Cette recherche s'inscrit donc dans un paradigme compréhensif, le but étant d'en arriver à une meilleure compréhension d'une réalité humaine et complexe (Ponterotto, 2005). Il s'agit par ailleurs d'une recherche exploratoire, puisque peu de données existent à ce sujet. Cette étude vise donc à explorer un concept à partir des témoignages des participants plutôt que de chercher à valider des hypothèses préexistantes. Enfin, les données qualitatives sont indiquées pour obtenir des descriptions riches et complexes (Miles & Huberman, 2003).

Déroulement de la recherche

Dans cette section, les procédures de sélection et de recrutement des participants seront présentées, le profil des participants sera décrit et le déroulement de la collecte des données sera détaillé.

Sélection des participants

Les participants ont été sélectionnés parmi les psychologues francophones membres de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ). Les participants ont été choisis en fonction des objectifs de recherche et du contexte théorique dans le but de recueillir les données les plus pertinentes (Savoie-Zajc, 2004). Le premier critère d'inclusion était d'être reconnu par son entourage comme un thérapeute qui fait preuve d'humanité, c'est-à-dire 1) qui se montre comme une « personne », au-delà de son rôle professionnel, et qui considère l'autre comme une « personne », au-delà de son statut de client; et 2) qui reconnaît toutes les dimensions de l'expérience humaine (en lui-même et en l'autre) et qui les accueille avec bienveillance. Le second critère était d'exercer la psychothérapie individuelle avec une clientèle adulte depuis au moins dix ans. En effet, les psychologues ayant cumulé un plus grand nombre d'années d'expérience sont reconnus pour donner des informations riches et nuancées issues d'un éventail diversifié de situations rencontrées dans leur pratique (Hill et al., 1997). Le seul critère d'exclusion suivant qui a été appliqué est que les participants retenus ne devaient avoir aucun lien avec la chercheuse ni avec sa directrice de recherche. Ceci a été établi dans le but d'éviter tout conflit de rôle et de favoriser la plus grande neutralité possible.

La technique boule de neige (Patton, 2002) a été utilisée afin de constituer le groupe de participants. Ainsi, la chercheure a demandé à des professionnels de son entourage de lui recommander des psychologues qui, à leur tour, pouvaient lui recommander d'autres psychologues qui répondaient aux critères mentionnés.

Recrutement

En octobre 2012, un courriel de recrutement (Appendice A) comportant une brève description de l'étude et les critères d'inclusion et d'exclusion a été envoyé aux professionnels afin de les inviter à lui recommander le nom de psychologues qui, selon eux, font preuve d'humanité en psychothérapie et qui rencontrent les critères mentionnés. Des participants ont également recommandé d'autres psychologues qu'ils considéraient comme des modèles d'humanité.

La chercheure a vérifié l'inscription des psychologues référés et a trouvé leurs coordonnées professionnelles (numéro de téléphone) sur le site Internet de l'Ordre des psychologues du Québec. Ces psychologues ont été contactés par téléphone afin de les inviter à participer à l'étude. Lors de ce premier contact téléphonique, le projet de recherche leur a été brièvement décrit et ils ont pu poser des questions sur l'étude et sur la nature de leur participation. De plus, la chercheure a vérifié si les participants répondaient aux critères d'inclusion (pratique de la psychothérapie individuelle avec une clientèle adulte, nombre d'années d'expérience). Une lettre d'invitation (Appendice B) et le formulaire de consentement (Appendice C) les informant des implications

découlant de leur participation ont également été envoyés aux participants par courriel ou par la poste, selon la préférence de chacun, afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée.

Description des participants

Six psychologues, quatre hommes et deux femmes, ont participé à la recherche. Les participants sont âgés de 63 à 67 ans et ils ont entre 21 et 40 années d'expérience en psychothérapie auprès d'une clientèle adulte. Quatre d'entre eux adhèrent à une approche existentielle-humaniste, tandis que les deux autres à une approche psychodynamique. Deux participants s'inscrivent dans l'approche cognitive-comportementale comme seconde approche et la majorité des participants intègrent des stratégies d'intervention issues d'approches diversifiées. Tous exercent en pratique privée dans la région de l'Estrie, à temps plein ou à temps partiel. Certains ont également d'autres occupations, dont la formation et l'enseignement au niveau universitaire.

Collecte des données

Des entrevues semi-structurées ont été menées. La visée de ce type d'entrevue est d'explorer en profondeur un sujet précis et de permettre aux personnes interrogées d'exprimer leurs idées dans leurs mots (Esterberg, 2002). Il s'agit ainsi d'un moyen privilégié pour comprendre l'expérience humaine dans toute sa complexité (Kvale, 1996).

Un guide d'entrevue (Appendice D) a été élaboré à partir des écrits recensés et des objectifs de recherche. Ce guide, composé de quatre questions et d'une sous-question, avait pour but d'amener les participants à décrire librement leur expérience de l'humanité en psychothérapie. Les questions se voulaient ouvertes et générales, en cohérence avec la nature exploratoire de la recherche. Par exemple, il leur était demandé de décrire des moments où ils ont le sentiment d'avoir vécu de l'humanité en psychothérapie avec leurs clients. Ils étaient également questionnés sur les différentes formes que prend l'humanité dans leur pratique clinique. Tout au long de l'entrevue, ils étaient invités à rapporter des exemples concrets pour illustrer leurs propos. À la fin, il leur était demandé de définir en leurs mots ce qu'est l'humanité en psychothérapie, à la lumière de ce qu'ils avaient abordé tout au long de l'entretien. Une question leur permettait également d'exprimer toute autre réflexion en lien avec ce sujet. Ces questions ont permis d'explorer comment les participants définissent l'humanité et comment celle-ci se manifeste dans le contexte thérapeutique.

Le guide d'entrevue était précédé d'une brève mise en contexte qui définissait le sens du terme « humanité », tel qu'entendu dans la présente étude, afin de répondre aux objectifs de recherche. La mise en contexte reprenait les critères d'inclusion précédemment mentionnés, soit le fait de considérer le thérapeute et le client comme une personne, au-delà du rôle de chacun, et de reconnaître toutes les dimensions de l'expérience humaine. Toutefois, cette définition était présentée comme un point de

départ à partir duquel les participants étaient invités à partager leur réflexion personnelle.

Le guide d'entrevue a été acheminé par courriel ou par la poste aux participants avant l'entrevue afin qu'ils puissent se familiariser avec le contenu et amorcer leur réflexion. Les entrevues ont été réalisées par la chercheure principale. Elles ont eu lieu dans le bureau de chaque psychologue, entre les mois de février et de septembre 2013. Chaque entrevue a duré entre 90 et 120 minutes et a été enregistrée à l'aide d'un enregistreur vocal numérique.

Avant de débiter l'entrevue, les participants ont signé le formulaire de consentement (Appendice C) dont ils avaient préalablement pris connaissance. Une copie de ce formulaire leur a été remise. Les participants ont également complété un court questionnaire de données démographiques (Appendice E), qui avait pour but de décrire le profil des participants.

Au début de chaque entrevue, la chercheure a fait la lecture de la mise en contexte. En plus des questions contenues dans le guide d'entrevue, des questions de clarification et d'approfondissement ont été posées afin de s'assurer de bien saisir l'expérience du participant, de l'inviter à illustrer ses propos à l'aide d'un exemple concret ou de l'amener à approfondir sa réflexion.

Considérations éthiques

La présente recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de la faculté des Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. Un ensemble de considérations éthiques a été respecté durant le déroulement de l'étude. Le consentement libre informait les participants du but de l'étude, des implications découlant de leur participation, des avantages et inconvénients possibles, de leur droit de se retirer de l'étude en tout temps sans préjudice, des mesures prises afin d'assurer la confidentialité et de la façon de contacter la responsable de la recherche.

Les enregistrements ont été libellés d'un code et aucune donnée nominale concernant les participants n'a été divulguée afin de préserver leur anonymat. Les données recueillies seront conservées sous clé pour une période n'excédant pas cinq ans après la fin de la collecte des données. Elles seront détruites après cette période.

Les assistantes de recherche qui ont participé à la transcription des enregistrements se sont engagées à respecter la confidentialité des données et à détruire tout document relatif à la recherche à la fin de leur mandat.

Résultats

Dans la présente section, la méthode d'analyse utilisée sera explicitée, les mesures adoptées pour assurer la validité des données seront abordées et les résultats qui se dégagent de cette analyse seront présentés.

Analyse des données

Cette étude a été caractérisée par un processus itératif. Ainsi, l'analyse des données et la validation des thèmes émergents se sont déroulées simultanément et ont évolué en fonction de l'atteinte des objectifs (Miles & Huberman, 2003). Compte tenu de l'ampleur attendue d'une thèse de D.Ps. et de l'atteinte d'un certain niveau de saturation, le nombre de participants a été jugé suffisant.

L'analyse thématique, telle que décrite par Paillé et Mucchielli (2012), a été la méthode privilégiée pour analyser les données recueillies, puisqu'elle convient à la visée descriptive – plutôt qu'interprétative ou explicative – de cette recherche. Cette méthode d'analyse consiste à repérer et à regrouper les thèmes émergents dans un corpus de données. L'objectif ainsi poursuivi est de dégager l'essentiel des propos des participants, en lien avec l'humanité. Cette analyse a été effectuée à l'aide du logiciel QDA Miner.

Avant de procéder à l'analyse, les enregistrements des entrevues ont été transcrits sous forme de verbatim par trois assistantes de recherche, toutes étudiantes au

baccalauréat en psychologie à l'Université de Sherbrooke. La chercheure a réécouté chaque entrevue en lisant le verbatim afin de s'assurer que la transcription était exacte. Le verbatim a ensuite été lu à plusieurs reprises afin que la chercheure puisse se familiariser avec le corpus de données et dégager une vue d'ensemble du matériel à analyser. Une démarche de thématisation en continu – plutôt que séquenciée – a ensuite été effectuée, c'est-à-dire que des thèmes ont été attribués de façon progressive et systématique au fur et à mesure de la lecture du texte et ce, pour la totalité des données. Cette façon de procéder permet une analyse riche du contenu et en augmente la validité (Paillé & Mucchielli, 2012). Seuls les thèmes en lien avec les objectifs de recherche, c'est-à-dire ceux qui ont permis de décrire ce qu'est l'humanité en psychothérapie et comment elle se manifeste, ont été retenus. Ces thèmes ont ensuite été fusionnés, subdivisés, regroupés et hiérarchisés en fonction des liens qui les unissaient. Ceci a mené à l'élaboration d'une synthèse schématisée de l'analyse.

Ce processus s'est fait d'une manière inductive, puisque l'analyse était essentiellement guidée par le sens qui émergeait des données (Braun & Clarke, 2006). Toutefois, les écrits préalablement recensés ont influencé l'analyse et ce, malgré que la chercheure ait été à l'affût de sa sensibilité théorique. Selon Paillé et Mucchielli (2012), la sensibilité théorique – issue de la formation et de l'expérience de recherche du chercheur – et expérientielle – issue de ses expériences personnelles et professionnelles – teinte le processus d'analyse. La détermination du sujet de recherche et des objectifs, les lectures et discussions avec l'équipe de recherche, la réalisation des entrevues et

l'analyse des données sont autant d'actions posées par la chercheuse qui peuvent avoir été influencées par cette sensibilité. Comme l'affirment Miles et Huberman (2003), les conclusions finales peuvent n'apparaître qu'une fois la collecte de données terminée, mais elles ont souvent été pressenties depuis le début, même lorsque le chercheur déclare avoir procédé inductivement. Certaines mesures ont donc été mises en place afin d'assurer la validité de l'analyse.

D'abord, la méthode de « bracketing », qui consiste à mettre momentanément entre parenthèses ses présupposés théoriques et préjugés a été utilisée afin de laisser émerger le sens issu de l'expérience des participants (Giorgi & Giorgi, 2003). La tenue régulière d'un journal de bord, dans lequel ont été consignées les observations, les intuitions et les réflexions de la chercheuse en lien avec le sujet à l'étude, a permis à celle-ci d'augmenter son niveau de conscience de ces éléments et ainsi de conserver un « esprit ouvert et critique » durant l'analyse (Miles & Huberman, 2003). De plus, une discussion au sujet des conclusions a été effectuée avec des membres de l'équipe de recherche, tel que proposé par Miles et Huberman (2003). Ainsi, trois rencontres de discussions ont eu lieu à différents moments de l'analyse. Chacune de ces rencontres réunissait, en plus de la chercheuse, trois ou quatre étudiantes au doctorat en psychologie de l'Université de Sherbrooke, pour la plupart familières avec l'analyse qualitative, et des assistantes de recherche qui ont participé à la transcription des verbatims, donc qui ont eu un contact direct avec les données recueillies. Lors de ces rencontres, la chercheuse présentait et explicitait sa codification, qui était accompagnée d'extraits de

verbatim. Elle s'assurait ainsi que les thèmes étaient présentés à ses collègues, qui confrontaient son analyse à partir de perceptions divergentes. Ces discussions visaient le développement d'un consensus intersubjectif, c'est-à-dire d'une compréhension commune de la signification des thèmes et de leur organisation (Miles & Huberman, 2003). Des discussions ont également eu lieu entre la chercheuse et sa directrice de thèse tout au long de la recherche. Braun et Clarke (2006) affirment d'ailleurs que l'analyse de contenu est un processus qui se poursuit tout au long de l'écriture.

Présentation des résultats

Dans cette section, un portrait global des résultats sera d'abord présenté et synthétisé dans le tableau 1. Ensuite, les thèmes ayant émergé de l'analyse seront détaillés et accompagnés d'extraits du verbatim des entrevues. Chaque extrait de verbatim sera précédé du code du participant (p.ex., P1), qui correspond à un chiffre attribué à chacun d'eux. Les extraits seront placés en ordre, du plus général au plus spécifique, selon sa pertinence avec le thème.

Les résultats permettent de répondre aux objectifs de la recherche, soit de définir ce qu'est l'humanité en psychothérapie et de décrire comment celle-ci se manifeste et ce, à partir du point de vue de thérapeutes. Compte tenu du nombre restreint de participants à l'étude, chaque thème apparaissant comme significatif chez au moins l'un d'entre eux a été retenu. Les résultats reflètent donc la perspective de six regards considérés comme complémentaires, dans une vision d'ensemble de l'humanité en psychothérapie.

Portrait global des résultats

Voici un portrait global des thèmes et des sous-thèmes qui ont émergé de l'analyse, tels qu'ils sont présentés dans cette section et synthétisés dans le Tableau 1.

Dans un premier temps, l'humanité sera placée dans le contexte de la psychothérapie. Son lien indissociable avec le cadre thérapeutique et le rôle du thérapeute sera alors abordé. C'est en conservant à l'esprit que l'humanité s'inscrit à l'intérieur d'un cadre où le thérapeute ne perd pas de vue son rôle professionnel et demeure au service du client que les résultats subséquents seront abordés. Dans un deuxième temps, les éléments généraux qui permettent de définir ce qu'est l'humanité en psychothérapie seront présentés. Les participants, à un moment ou à un autre de l'entrevue, se sont exprimés sur la difficulté de définir ce phénomène. Dans leur effort d'explicitation, ils sont néanmoins parvenus à énoncer des éléments qui permettent de cerner globalement l'humanité. Dans un troisième temps, les croyances du thérapeute humain seront exposées. Elles réfèrent aux conceptions qu'a le thérapeute du processus thérapeutique, de la relation et du client, et qui guident ses interventions. Les manifestations de l'humanité en psychothérapie seront présentées dans un quatrième temps. Elles représentent les différentes expressions de l'humanité dans le contexte thérapeutique, regroupant divers sentiments, attitudes et gestes du thérapeute. Dans un cinquième temps, un retour sur le cadre thérapeutique et sur le rôle professionnel du thérapeute sera effectué pour aborder leurs particularités lorsqu'ils sont teintés par l'humanité du thérapeute. Dans un sixième temps, des éléments qui favorisent l'intégration de l'humanité et du rôle professionnel seront présentés.

Tableau 1

Synthèse des thèmes et des sous-thèmes issus de l'analyse thématique

Thèmes	Sous-thèmes
1. L'humanité dans le contexte thérapeutique	1.1. Le cadre thérapeutique balise l'humanité 1.2. Le thérapeute endosse d'emblée un rôle professionnel 1.3. Le thérapeute est au service du client
2. Ce qu'est l'humanité en psychothérapie	2.1. L'humanité est omniprésente 2.2. L'humanité est l'expression de qualités personnelles dans un contexte professionnel 2.3. L'humanité est une façon d'être, transmise de manière implicite
3. Les croyances du thérapeute humain	3.1. La psychothérapie est une relation entre deux êtres humains 3.2. Au-delà du diagnostic, le client est une personne unique 3.3. Le client est l'expert de son expérience 3.4. La relation est une source de rétablissement
4. Les manifestations de l'humanité en psychothérapie	4.1. La présence à soi 4.2. La présence à l'autre 4.3. L'intérêt sincère pour l'autre 4.4. La bienveillance 4.5. L'amour 4.6. La compassion 4.7. L'authenticité 4.8. L'humilité
5. Le cadre thérapeutique et le rôle professionnel teintés par l'humanité du thérapeute	5.1. S'ajuster au client 5.2. Faire preuve de flexibilité par rapport au cadre thérapeutique 5.3. Intégrer son rôle professionnel de manière authentique
6. L'intégration de l'humanité et du rôle professionnel	6.1. Choisir une approche qui s'accorde à soi 6.2. Sélectionner les clients en fonction de ses limites 6.3. S'engager dans son développement personnel

1. L'humanité dans le contexte thérapeutique

Au cours des entrevues, les participants ont abordé la notion du cadre thérapeutique. Cette notion ne permet pas de définir le concept d'humanité, ni de décrire comment celle-ci se manifeste. Toutefois, il semble qu'on ne puisse parler d'humanité sans situer ce concept en relation avec le cadre thérapeutique. En effet, toute relation entre un thérapeute et un client s'inscrit dans un cadre qui rappelle le caractère professionnel de cette relation et le rôle d'aidant du thérapeute. Cette section est divisée en trois sous-thèmes qui sont formulés ainsi : 1) le cadre thérapeutique balise l'humanité; 2) le thérapeute endosse d'emblée un rôle professionnel et 3) le thérapeute est au service du client.

1.1. Le cadre thérapeutique balise l'humanité. Le cadre thérapeutique, qui réfère aux considérations déontologiques de même qu'aux aspects théoriques et techniques (p.ex., structure des rencontres, stratégies d'intervention utilisées), constitue selon les participants un ensemble de balises qui donnent une direction à l'intervention. De plus, selon un participant, ces balises « protègent » l'humanité de débordements et préservent ainsi l'aspect thérapeutique de la relation. Les participants ont rapporté des exemples pour illustrer leur respect de ce cadre, que ce soit en conservant un lien sans ambiguïté ou en demeurant alerte face aux éléments transférentiels. Le Tableau 2 présente les extraits de verbatim associés à ces résultats.

Tableau 2

L'humanité dans le contexte thérapeutique – Le cadre thérapeutique balise l'humanité

Extraits de verbatim
P6 : Mon statut professionnel est toujours présent. Il me donne des balises, me permet d'établir des objectifs et de déterminer les actions à poser. Sinon, on s'en va n'importe comment.
P2 : Le cadre entoure l'humanité, c'est-à-dire qu'il la protège et la contient, pour qu'elle reste favorable à la situation thérapeutique.
P5 : Il ne suffit pas d'accueillir, il faut savoir ce qu'on fait. L'aspect technique est nécessaire. On ne peut pas faire n'importe quoi.
P1 : Je ne suis pas ami avec mes clients et je n'établirai jamais un autre type de lien avec eux que le lien thérapeutique. Je ne veux surtout pas créer de confusion dans notre relation.
P6 : Il faut que je sois aux aguets face aux transferts et aux contre-transferts possibles. Je me surveille à ce niveau. Le risque est toujours là.

1.2. Le thérapeute endosse d'emblée un rôle professionnel. Tel qu'illustré par les propos exposés dans le Tableau 3, les participants affirment endosser un rôle dont ils ne peuvent se défaire, aussi humains soient-ils, et avoir la responsabilité de l'assumer. Ils considèrent porter ce rôle dès le moment où un client fait appel à eux en tant que professionnels de la relation d'aide.

Tableau 3

L'humanité dans le contexte thérapeutique – Le thérapeute endosse d'emblée un rôle professionnel

Extraits de verbatim
<p>P6 : Aussitôt que quelqu'un entre dans ton bureau pour te consulter, tu es dans un rôle professionnel. Tu ne peux pas te défaire de cela. Le rôle se crée en fonction des attentes du client et des normes sociales.</p> <p>P5 : Je considère que les gens qui viennent en psychothérapie viennent d'abord voir un professionnel qui peut laisser transparaître des aspects personnels, et non l'inverse.</p> <p>P1 : Je ne perds jamais de vue que le lien que j'ai établi avec le client, c'est par la porte de la psychologie et de la relation d'aide qu'il se crée. C'est pour cela que le client vient.</p>

1.3. Le thérapeute est au service du client. Le rôle professionnel implique que le thérapeute porte le souci d'être « au service du client ». C'est l'utilité de l'intervention qui prime. Les participants effectuent une intervention lorsqu'ils jugent que cela sera utile pour le client, c'est-à-dire que cela l'aidera à cheminer dans le sens des objectifs thérapeutiques préalablement établis. Le Tableau 4 présente des extraits illustrant ces résultats.

Tableau 4

L'humanité dans le contexte thérapeutique – Le thérapeute est au service du client

Extraits de verbatim
P3 : Je suis totalement au service de l'autre et cela, je ne peux jamais l'oublier. Parfois, j'ai des élans d'interventions que je ferais et je vérifie en moi ce qu'il est pertinent de communiquer au client.
P1 : J'ai toujours cette intention de me demander si ce que je fais est utile pour le client.

2. Ce qu'est l'humanité en psychothérapie

Il est possible de ressortir des propos des participants des énoncés qui permettent de définir de manière générale en quoi consiste l'humanité en psychothérapie. On en distingue trois : 1) l'humanité est omniprésente; 2) l'humanité constitue le prolongement de qualités personnelles dans un contexte professionnel et 3) l'humanité est une façon d'être transmise de manière implicite.

2.1. L'humanité est omniprésente. Tel que présenté dans le Tableau 5, les participants interrogés affirment que l'humanité est toujours présente en psychothérapie, bien que certains moments précis l'illustrent de façon plus particulière. Il s'agit donc pour eux d'une réalité qui se trouve constamment en trame de fond dans la rencontre thérapeutique, à partir du moment où ils sont en relation avec le client.

Tableau 5

Ce qu'est l'humanité en psychothérapie – L'humanité est omniprésente

Extraits de verbatim
P1 : C'est tous les jours, à chaque fois que je rencontre un client. À partir du moment où il rentre quelqu'un ici, je suis déjà préoccupé ou sensible à la dimension humaine.
P3 : Je me sens toujours dans cette réalité d'être humain. Certains moments l'illustrent. Ce sont des points de repères.

2.2. L'humanité est l'expression de qualités personnelles dans un contexte professionnel. Les participants mentionnent manifester, en psychothérapie, des attitudes qui les caractérisent de façon générale et qui sont présentes dans leur vie de tous les jours. Ainsi, l'humanité en psychothérapie constituerait l'expression de « qualités humaines » personnelles, avec une intention plus particulière de les mettre à profit au service du client. Les participants donnent des exemples de qualités humaines qu'ils possèdent et qu'ils manifestent, tant dans le quotidien qu'en psychothérapie, par exemple la chaleur et l'intérêt. Le Tableau 6 rapporte leurs propos associés à ces résultats.

Tableau 6

Ce qu'est l'humanité en psychothérapie – L'humanité est l'expression de qualités personnelles dans un contexte professionnel

Extraits de verbatim
P2 : L'humanité réfère aux qualités humaines.
P4 : Il y a une continuité entre comment je suis dans la vie de tous les jours et comment je suis avec les clients. [...] On peut avoir la même attitude en psychothérapie que dans certaines situations de la vie quotidienne. En psychothérapie, c'est sûr qu'on focalise davantage sur l'accompagnement du client dans son actualisation et qu'on sait que la personne a un besoin précis par rapport à cela, mais on a la même attitude de base.
P1 : Je suis chaleureux avec les clients, mais c'est parce que je suis chaleureux aussi dans ma vie en général, avec qui que ce soit. [...] Même mes enfants me disent parfois de ne pas en faire tant. Je suis une personne comme cela, je suis très attentionné envers les gens.
P4 : De façon générale, les personnes m'intéressent. Je suis curieux. Je suis facilement intéressé à savoir ce qu'elles pensent, pourquoi elles vivent comme cela, comment elles se sentent. Cela se traduit aussi dans mon travail, de chercher à comprendre les autres.

2.3. L'humanité est une façon d'être, transmise de manière implicite. Les participants considèrent l'humanité en psychothérapie comme une réalité qui se vit et qui se manifeste essentiellement à un niveau « implicite » de la relation. En ce sens, ils parlent d'une réalité « subtile », « mystérieuse », « intangible » et « involontaire ». Pour eux, l'humanité se traduit par un vécu intérieur et une façon d'être avec le client dans la rencontre thérapeutique. Ils réfèrent à quelque chose qui « émane » du thérapeute, à une « qualité de présence », qui relève de la dimension du « savoir-être ». De plus, les participants supposent que cette façon d'être, puisque transmise implicitement, n'est pas

observable de l'extérieur; elle est ressentie par le thérapeute lui-même et par le client. Le Tableau 7 rapporte les extraits de verbatim liés à ces résultats.

Tableau 7

Ce qu'est l'humanité en psychothérapie – L'humanité est une façon d'être, transmise de manière implicite

Extraits de verbatim
<p>P2 : L'humanité se transmet surtout de façon implicite, non-verbalement. C'est quelque chose de très subtil. C'est de la qualité de présence. Ce n'est pas du savoir-faire, c'est du savoir-être. C'est intégré dans le sens que tu n'as rien à faire pour être comme cela, tu l'es.</p>
<p>P4 : L'humanité, c'est un mystère qu'on ne peut pas déchiffrer complètement. Ce n'est pas obligatoirement exprimé par des mots ou par des gestes précis. C'est surtout un état que je ressens, qui est intangible, mais qui est bien réel parce qu'il peut être perçu par l'autre. J'ai l'impression que c'est quelque chose qui émane, mais qui n'est pas manifesté de façon volontaire. Je ne me dis pas que je vais faire quelque chose d'humain ou que je vais montrer mon humanité dans ce contexte-là.</p>

3. Les croyances du thérapeute humain

Des entrevues, il ressort des croyances qui sont partagées par les participants au sujet du processus thérapeutique, du client et de la relation. Elles constituent les lignes directrices des interventions des participants, c'est-à-dire les principes qui orientent leur façon d'interagir avec les clients. On en distingue quatre : 1) la psychothérapie est une rencontre entre deux êtres humains; 2) au-delà du diagnostic, le client est une personne unique; 3) le client est l'expert de son expérience et 4) la relation est une source de rétablissement.

3.1. La psychothérapie est une relation entre deux êtres humains. Selon les participants, la relation thérapeutique constitue l'essence de la psychothérapie; elle en est le cœur. En effet, ils la considèrent comme l'élément le plus important du processus. Pour eux, la psychothérapie est une rencontre entre deux êtres humains et ce, au-delà des rôles de thérapeute et de client. Leur priorité est d'établir le contact et cela, dès le début du processus thérapeutique. Cette croyance suppose, pour les participants, de reconnaître leurs expériences passées, leur état actuel et leurs réactions, de même que l'influence de ces éléments sur la relation thérapeutique. Le Tableau 8 rapporte les propos des participants associés à ces résultats.

Tableau 8

Les croyances du thérapeute humain – La psychothérapie est une relation entre deux êtres humains

Extraits de verbatim
P6 : Pour moi, la relation est le premier ingrédient. C'est ma valeur principale. Avant toute chose, il faut que je sente que je suis en relation avec le client.
P5 : La relation est essentielle. Elle est au cœur de la psychothérapie.
P3 : Le lien avec le client est ma priorité.
P1 : On est tout d'abord deux personnes qui se rencontrent, qui sont en train de faire connaissance. [...] Je suis plus une personne qu'un psychologue. L'autre aussi c'est plus une personne qu'un client.
P2 : L'humanité concerne le fait que je suis un être humain en relation avec un autre être humain. Nous avons tous les deux des cœurs sensibles, des corps plus ou moins en forme, plus ou moins fatigués, plus ou moins énergiques, plus ou moins jeunes.

3.2. Au-delà du diagnostic, le client est une personne unique. Les participants considèrent qu'au-delà du diagnostic, le client est une personne unique. Ils affirment s'intéresser à qui est cette personne dans sa globalité, peu importe la problématique pour laquelle elle consulte. Le diagnostic est alors perçu comme un outil qui peut être utile, mais qui n'est pas mis en avant plan pour mieux connaître le client. En ce sens, chaque client est vu comme un être unique, chez qui les symptômes se manifestent de façon particulière. Certains participants évoquent ainsi voir le client comme une personne dans sa subjectivité, plutôt que comme une « chose » ou un « objet », lui accordant une « valeur unique ». Les extraits de verbatim présentés dans le Tableau 9 font état de ces résultats.

Tableau 9

Les croyances du thérapeute humain – Au-delà du diagnostic, le client est une personne unique

Extraits de verbatim
P6 : Les diagnostics, je les ai derrière la tête, mais le DSM-IV n'est pas mon principal outil. Je m'attarde davantage à découvrir la personne à travers ce qu'elle est, ses forces et ses faiblesses. Mon objectif n'est pas de poser un diagnostic d'abord et avant tout, mais plutôt de voir la personne dans son système de valeurs, dans ses blocages, dans sa souffrance. [...] Je crois que la personne qui est devant moi a une valeur unique, profonde.
P1 : Je porte attention à la personne au-delà de sa problématique ou de la raison pour laquelle elle vient ici. Par exemple, chez deux personnes dépressives, on voit un peu les mêmes symptômes, les mêmes paroles et les mêmes réactions quand elles décrivent leur situation. Par contre, je n'ai jamais vu une personne pareille à une autre. Chaque personne a son histoire, ses réactions.
P5 : Je considère la personne comme une personne et non pas comme un objet sur lequel je travaille.

3.3. Le client est l'expert de son expérience. Tel que rapporté dans le Tableau 10, les participants affirment que le client est l'expert de son expérience, reconnaissant la compétence de ce dernier. Ainsi, le thérapeute se voit comme quelqu'un qui accompagne le client dans son mouvement naturel. Ceci implique de laisser une grande liberté au client dans sa manière d'orienter les rencontres. En cohérence avec ceci, un participant souligne la confiance qu'il a en la « vitalité » du client, considérant qu'une force de vie en lui le pousse à aller vers ce dont il a besoin pour aller mieux. Un autre participant abonde dans le même sens, affirmant s'intéresser à la partie du client « qui a besoin d'apparaître et de grandir ».

Tableau 10

Les croyances du thérapeute humain – Le client est l'expert de son expérience

Extraits de verbatim
<p>P6 : Le client est l'expert de son expérience. S'il dit que telle chose fait mal, je n'ai pas à l'obstiner. Je n'ai aucune compétence pour juger ce qu'il ressent. Je peux le questionner, mais je ne peux pas lui imposer ma perception. [...] Quand tu accueilles ce qui émerge de l'expérience de la personne, que tu suis ses images ou ses symboles sans trop les interpréter, les risques de passer à côté de l'essentiel sont minimes.</p> <p>P4 : Je ne sais pas tellement d'avance quelle direction prendra la thérapie. Je n'en impose pas une et, selon ce que vit le client, je suis prêt à changer de direction.</p> <p>P3 : J'ai confiance que la vitalité de la personne l'amènera vers un mieux-être.</p> <p>P6 : Très souvent, le client cherche à être lui-même, sauf qu'il ne sait pas nécessairement qui il est profondément. Il faut donc que je sois attentive à ce qui a besoin d'apparaître et de grandir chez lui. C'est ce que j'appelle la « valeur de fond », cette force qui motive la personne.</p>

3.4. La relation est une source de rétablissement. Une autre croyance qui ressort des résultats est qu'une « guérison » du client est possible à travers le lien qui s'établit avec le thérapeute. En ce sens, les participants considèrent que la relation thérapeutique peut constituer une relation réparatrice pour le client, surtout si ce dernier présente des « blessures du lien ». Les participants donnent des exemples d'aspects relationnels qui peuvent favoriser le rétablissement, notamment que le client se sente compris et reconnu tel qu'il est ou qu'il sente qu'il a une influence sur le thérapeute, c'est-à-dire que sa voix soit entendue et considérée par l'autre. Le Tableau 11 présente les extraits de verbatim associés aux résultats décrits ci-dessus.

Tableau 11

Les croyances du thérapeute humain – La relation est une source de rétablissement

Extraits de verbatim
P5 : Se sentir compris pour qui on est, je pense que ça jette les bases d'une guérison.
P3 : On ne peut pas réellement accompagner les clients vers la guérison de leurs blessures du lien si nous ne sommes pas en relation avec eux. Ce type de blessure se soigne par un remède qui est de même nature.
P2 : Souvent, les clients ont vécu de l'impuissance face au mal-être qu'ils vivaient avec leurs parents, ce qui génèrait du désespoir. Ce qui est important pour moi, c'est de créer des conditions pour que le client sente que, s'il y a une rupture dans l'harmonie entre nous, on peut la réparer. Si tu reçois un coup et qu'il peut se réparer, cela change tout.
P3 : Une présence aimante, véritablement accueillante, cela « opère », comme un miracle.

4. Les manifestations de l'humanité en psychothérapie

Les manifestations de l'humanité en psychothérapie sont les différentes expressions de l'humanité dans le contexte thérapeutique, c'est-à-dire les façons qu'a le thérapeute d'incarner l'humanité avec ses clients. Ces manifestations s'expriment de plusieurs façons, soit par des sentiments qu'il éprouve à l'égard du client, par des attitudes qu'il adopte ou par des gestes qu'il pose. Chaque manifestation est généralement représentée par ces trois types d'expressions. Notre recherche a permis de distinguer huit façons, pour le thérapeute, de manifester son humanité en psychothérapie : 1) la présence à soi; 2) la présence à l'autre; 3) l'intérêt sincère pour l'autre; 4) la bienveillance; 5) l'amour; 6) la compassion; 7) l'authenticité et 8) l'humilité. Bien que chacune de ces manifestations apporte un éclairage différent sur l'humanité en psychothérapie, elles ne sont pas mutuellement exclusives. Elles sont plutôt considérées comme étant en constante interaction dans la rencontre thérapeutique.

4.1. La présence à soi. Une première manifestation de l'humanité est la présence à soi. L'un des participants en parle comme le fait d'être « attentif à son expérience personnelle », alors qu'un autre nomme le fait de se sentir « branché » à soi. La présence à soi consiste donc à être profondément en contact avec son expérience personnelle et ce, sur différents plans. Par exemple, le thérapeute est à l'écoute de ses sensations physiques, de ses émotions et de ses pensées pendant la rencontre thérapeutique. Cette présence à soi permet au thérapeute d'« utiliser son expérience personnelle en résonnance avec l'expérience de l'autre ». Le thérapeute est ainsi attentif à la manière

dont il réagit aux propos et attitudes du client, sans nécessairement le lui communiquer. Il se considère comme principal « instrument de travail » pour mieux comprendre ce qui se passe pour le client et utilise son vécu pour guider ses interventions. Les extraits de verbatim présentés dans le Tableau 12 font état de ces résultats.

Tableau 12

Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – La présence à soi

Extraits de verbatim
<p>P3 : Pour moi, la psychothérapie touche tous les aspects de mon être. En rencontre, je suis attentif à mon expérience personnelle, c'est-à-dire à mes sensations, mes émotions, mes pensées et ma dimension spirituelle. [...] J'utilise aussi mon expérience personnelle en résonance avec l'expérience de l'autre et je me sers continuellement de ce matériel. Cela veut dire que, pour moi, l'instrument de travail du psychologue, c'est lui-même.</p>
<p>P6 : Il faut que je me « branche » à la bonne place, que je sois en contact avec moi, profondément. Ce contact me permet de savoir où je suis intérieurement. Mes propres réactions me permettent aussi de saisir ce qui se passe chez l'autre.</p>

4.2. La présence à l'autre. Une deuxième manifestation de l'humanité en psychothérapie est la présence à l'autre. Lorsque les participants sont en relation avec le client, ils disent être dans un état de réceptivité et de disponibilité émotionnelle, qui s'exprime de trois manières : 1) s'ouvrir avec sensibilité; 2) accueillir sans juger et 3) centrer son attention sur l'autre.

4.2.1. S'ouvrir avec sensibilité. La présence à l'autre se traduit par une « ouverture » et une « sensibilité » à l'autre. Un participant parle d'une « présence à

cœur ouvert » pour qualifier cette présence. Cette ouverture du cœur permet au thérapeute de déployer sa sensibilité, c'est-à-dire de « vibrer » au contact de l'autre, de capter ce qui se passe pour ce dernier. Le Tableau 13 rapporte les propos des participants associés à ces résultats.

Tableau 13

Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – La présence à l'autre : s'ouvrir avec sensibilité

Extraits de verbatim

P4 : Pour moi, être psychologue, c'est être présent à une personne et être ouvert à lui permettre de s'exprimer, de s'actualiser. Je soutiens son actualisation.

P4 : L'humanité serait la capacité de recevoir et de ressentir la vie chez les autres. Si j'utilise une image, c'est comme si on avait des cils qui vibrent au contact de l'autre. Ces cils vibreraient beaucoup chez une personne plus humaine, ce qui témoignerait de sa sensibilité à l'autre.

P2 : Une des choses vers laquelle je tends, c'est de travailler le plus possible le cœur ouvert. Une présence à cœur ouvert est une qualité différente d'une présence où le cœur est protégé. Physiquement, il y a une légère sensation ici [désigne la région du cœur] d'ouverture. Il y a un repère physique. C'est un peu comme si on avait plein de récepteurs disponibles à recevoir, à entendre, à sentir, à saisir l'autre.

4.2.2. Accueillir sans juger. La présence à l'autre implique également un « accueil » du client dans tout ce qu'il est. Cet accueil se manifeste par une attitude de non-jugement et la capacité de « rester avec le client dans ses zones sombres ». Selon les participants, cet accueil sans jugement permet la création d'un climat de confiance dans

lequel le client peut s'exprimer librement. Le Tableau 14 présente les extraits de verbatim associés à ces résultats.

Tableau 14

Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – La présence à l'autre : accueillir sans juger

Extraits de verbatim
P3 : L'accueil de l'autre est important, c'est-à-dire le reconnaître dans qui il est et lui « permettre d'être » totalement. Suspendre son jugement négatif est une condition primordiale pour qu'un climat de confiance se crée entre nous. Ceci permet aussi à la personne de s'accueillir elle-même dans son humanité, avec ses ombres et ses lumières.
P4 : C'est mon travail d'aider un client qui a de la difficulté à s'exprimer. Ma présence, c'est-à-dire le fait d'être accueillant, permet d'enlever les obstacles à son expression.
P6 : Je suis capable de rester avec le client, même dans les zones sombres.

4.2.3. Centrer son attention sur l'autre. La présence à l'autre se traduit également par le fait de centrer son attention sur le client. En ce sens, les participants mentionnent sentir une mobilisation intérieure caractérisée par le fait de porter toute leur attention sur le client, sans être distrait par autre chose. Un participant le nomme en affirmant « être toujours tout là ». Cette attention est manifestée au client par l'« attitude corporelle » du thérapeute, par son non-verbal. Son visage, son contact visuel ou encore le fait de rapprocher son corps du client témoignent de cette présence à l'autre. Les extraits de verbatim présentés dans le Tableau 15 font état de ces résultats.

Tableau 15

Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – La présence à l'autre : centrer son attention sur l'autre

Extraits de verbatim
<p>P3 : Je suis toujours « tout là ». Même quand je suis habité par une grande souffrance dans ma vie personnelle, j'arrive à la mettre de côté pour être totalement avec l'autre. [...] C'est vraiment que tout est mobilisé en-dedans. Je suis <i>vraiment</i> là. Cela prend toute mon attention.</p> <p>P4 : Le client doit voir dans mon attitude que toute mon attention est portée sur lui, car je maintiens le contact visuel avec lui. Je ne suis pas distrait par autre chose. Parfois, il m'arrive aussi de m'avancer dans mon siège pour m'approcher de lui.</p> <p>P2 : Je manifeste ma présence avec mon regard, sans forcer la personne à maintenir le contact visuel.</p>

4.3. L'intérêt sincère pour l'autre. L'humanité se manifeste également par l'intérêt authentique ou sincère du thérapeute pour le client. Les participants affirment être contents de rencontrer leur client, être curieux de ce qui se passe dans son quotidien, avoir réellement envie de découvrir qui il est et chercher véritablement à comprendre ce qu'il vit. Cet intérêt peut notamment amener le thérapeute à aborder des contenus qui ne sont pas liés à la problématique du client, pour faire de la place à l'ensemble de la personne. Par exemple, un participant peut accorder une attention aux créations artistiques du client. Le Tableau 16 présente les extraits de verbatim associés à ces résultats.

Tableau 16

Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – L'intérêt sincère pour l'autre

Extraits de verbatim
P5 : Je m'intéresse à la personne qui est là, que je ne connais pas. Je suis curieux. Si c'est un client que je connais depuis longtemps, ce qui m'intéresse, c'est ce qui s'est passé, comment ça va, s'il est venu en moto aujourd'hui plutôt qu'en auto, etc. C'est un plaisir authentique de pouvoir interagir avec les clients.
P2 : C'est important que mon intérêt pour l'autre soit authentique. [...] Je suis curieux, je cherche à comprendre, à saisir l'autre.
P1 : Les clients me parlent parfois de leurs passions. Certains m'apportent de la musique qu'ils ont composée ou encore des photos qu'ils ont prises. Je m'intéresse aussi à cela.

4.4. La bienveillance. Une autre manifestation de l'humanité en psychothérapie est la bienveillance. Celle-ci réfère au souci qu'a le thérapeute de l'autre et de son bien-être. Elle se traduit par différents gestes et attitudes que le thérapeute adopte à l'égard du client pour qu'il se sente bien, en thérapie. La bienveillance prend plusieurs formes : 1) prendre soin du client; 2) témoigner sa sollicitude et 3) adopter une attitude chaleureuse.

4.4.1. Prendre soin du client. Les participants affirment « prendre soin » du client, ce qu'ils font de différentes façons. Ils le font en démontrant leur souci de mettre le client à l'aise, notamment en s'assurant de son confort physique. Par exemple, le participant peut vérifier si le client a chaud ou s'il désire un verre d'eau. Il peut aussi démontrer son désir de le « consoler », par exemple en lui communiquant sa

compréhension de sa problématique. Une autre façon est d'insuffler de l'espoir au client en lui manifestant sa confiance face au fait que sa situation pourra s'améliorer. Le thérapeute peut également prendre soin du client en utilisant l'humour afin de rendre une situation difficile « moins dramatique », donc plus supportable pour lui. Les propos des participants sont présentés dans le Tableau 17.

Tableau 17

Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – La bienveillance : prendre soin du client

Extraits de verbatim

P1 : Quand les clients arrivent dans mon bureau, je m'assure qu'ils soient confortables. Par exemple, je les laisse choisir où ils vont s'asseoir, je leur demande si la température leur convient. Je veux prendre soin des clients.

P5 : Ce n'est pas humain de ne pas aider quelqu'un, ne serait-ce que de le consoler. Parfois, c'est en donnant des explications ou en laissant entrevoir ce qui peut être fait dans la démarche. Cela donne de l'espoir au client.

P1 : Je me souviens d'une personne qui était dans une dépression sévère. Malgré le fait qu'elle trouvait difficile de venir à nos rencontres, je lui ai demandé ce qui la poussait à venir quand même. Elle a dit : « Tu es la seule personne qui me fait rire. » Ça m'a surpris qu'une personne dépressive me dise cela. Pourtant, je ne fais pas le clown et elle ne riait pas aux éclats. Mais parfois, je disais les choses d'une manière qui l'aidait à voir les choses d'une manière moins dramatique.

4.4.2. Témoigner sa sollicitude. La bienveillance prend aussi la forme de différents gestes qui démontrent que le thérapeute est attentionné envers le client, comme l'appeler par son prénom, répondre à son courriel ou prendre de ses nouvelles

entre deux rencontres quand il traverse une maladie. Le thérapeute témoigne ainsi sa sollicitude au client. Le Tableau 18 présente des extraits illustrant ces résultats.

Tableau 18

Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – La bienveillance : témoigner sa sollicitude

Extraits de verbatim
<p>P2 : La plupart du temps, j'appelle les gens par leur prénom. On prend le temps de se dire bonjour, je les regarde dans les yeux. Ce sont des choses simples, mais qui ont beaucoup d'importance. Ce sont des gestes qui partent du cœur.</p>
<p>P6 : J'ai déjà suivi une cliente qui m'envoyait un petit courriel de temps en temps. J'essayais de répondre le plus vite possible. Je ne faisais pas une grande missive, mais c'était important pour moi qu'elle sache que je l'ai entendue. Parfois, cela l'accrochait beaucoup. Une fois je lui ai écrit : « Je suis témoin de ta souffrance. » Elle m'a dit « Quand tu as écrit cela... Si tu savais ce que ça m'a fait... »</p>
<p>P2 : J'ai eu une cliente qui avait un cancer et qui attendait les résultats de tests pour savoir si la chimiothérapie fonctionnait. Je lui ai demandé, si elle se sentait à l'aise, de m'en donner des nouvelles avant la prochaine rencontre.</p>

4.4.3. Adopter une attitude chaleureuse. La bienveillance se manifeste également par le fait que les participants adoptent une attitude chaleureuse envers le client, à l'inverse d'une attitude qui serait perçue comme froide ou distante. Cette chaleur peut être transmise par le sourire du thérapeute, son regard ou encore la douceur de sa voix. Les participants mentionnent parfois poser des gestes affectueux envers leurs clients, comme leur mettre une main sur l'épaule ou leur faire une accolade. Leurs propos sont présentés dans le Tableau 19.

Tableau 19

Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – La bienveillance : adopter une attitude chaleureuse

Extraits de verbatim
<p>P1 : Il y a des gens à qui je vais donner une poignée de main, prendre leur main avec mes deux mains ou les toucher un peu sur l'épaule. Cela m'arrive de le faire quand l'entrevue a été bouleversante pour eux.</p>
<p>P6 : J'accueille le client avec chaleur, et en même temps avec une certaine réserve. Mon degré de chaleur va changer selon le type de personne. Cette chaleur permet de créer un lien. Si le client me perçoit comme une personne froide, distante, sans sourire, l'alliance va être difficile à s'établir.</p>
<p>P2 : Il y a quelque chose qui se transmet au client par mon non-verbal, par la qualité de mon regard ou de mon sourire ou encore par la douceur dans ma voix.</p>
<p>P3 : Il y a un client avec qui je pourrais dire que je suis devenue un <i>hug therapist</i>. À partir d'un certain moment de la thérapie, chaque entrevue se terminait par une accolade. Cet homme m'a dit : « C'est à cause des <i>hugs</i> que tout de moi sait que c'est possible de transformer la haine et la violence en amour. »</p>

4.5. L'amour. Selon les résultats de notre recherche, l'humanité du thérapeute se manifeste aussi par son amour. Les participants abordent le sentiment d'affection et d'attachement qu'ils éprouvent à l'égard de leurs clients. L'un d'entre eux affirme qu'il s'agit d'un sentiment comparable à celui qu'on ressent pour toute personne que l'on apprécie, bien que ce ne soit pas une affection « conjugale ou amicale » en raison du cadre thérapeutique qui lui donne une « couleur particulière ». Selon lui, ce sentiment provient néanmoins du même endroit en soi, c'est-à-dire de cette « partie en soi qui vibre quand on aime quelqu'un ». Néanmoins, l'expression de cette affection à l'égard du client se veut « discrète ». De plus, le thérapeute n'attend pas de recevoir d'affection

en retour, bien que cette réciprocité soit possible. D'après les participants, le fait de voir le client se livrer sans contraintes, d'avoir accès à son intimité et à sa vulnérabilité génère ce sentiment d'amour. L'affection éprouvée à l'endroit du client est favorisée par la compréhension de ce que ce dernier vit. Cet amour peut également être suscité par le fait de « voir la beauté en l'autre, par-delà ses failles », ou encore par l'admiration éprouvée pour le client qui poursuit ses efforts malgré la souffrance. Le Tableau 20 rapporte les extraits de verbatim liés à cette manifestation de l'humanité.

Tableau 20

Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – L'amour

Extraits de verbatim

P1 : Je développe une forme d'attachement pour les clients que je rencontre.

P6 : Je pourrais dire que j'aime les clients, mais ce n'est pas comme être amoureux d'eux.

P4 : Il y a une forme d'affection qui se développe à l'égard des clients. C'est différent d'une affection filiale, conjugale ou amicale, mais le sentiment comme tel n'est pas vraiment différent. Ce sentiment origine de la même partie de soi, la partie émotive, celle qui vibre quand on aime quelqu'un, qu'on l'apprécie. Le fait qu'il s'adresse à une personne dans un cadre thérapeutique lui donne une couleur particulière, son expression est plus discrète.

P2 : L'amour que j'éprouve pour le client ressemble à l'amour du bon parent, qui ne demande pas de recevoir d'amour en retour. Du moins, pas au même niveau, même si une certaine réciprocité peut s'installer. L'amour que je donne et que je reçois me fait du bien, et j'ai l'impression que c'est la même chose pour le client.

P3 : Pour moi, dans l'amour, il y a beaucoup de compréhension. Aimer, c'est comprendre d'où le client vient, ses motivations, sa souffrance, ses élans.

Tableau 20

Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – L'amour (suite)

Extraits de verbatim
<p>P1 : Les clients me racontent des choses très personnelles, intimes et parfois même secrètes dont ils n'avaient jamais parlé à personne. Ils se dévoilent souvent dans leur vulnérabilité, dans leur souffrance, et cela fait en sorte que je m'attache à eux. Je pense, par exemple, à un homme qui était une force de la nature et qui, tout à coup, s'est montré comme un petit oiseau blessé. [...] Parfois, l'admiration que j'éprouve pour certains clients fait en sorte que je m'attache à eux. J'admire la force qu'ils ont de lutter, de souffrir et de vouloir malgré tout s'en sortir.</p> <p>P2 : On pourrait dire que l'amour, c'est le sentiment qui est généré par le fait de voir la beauté de l'autre, par-delà ses failles. Aimer quelqu'un, au fond, c'est lui dire qu'on le voit dans sa beauté.</p>

4.6. La compassion. La compassion apparaît comme étant une autre manifestation de l'humanité en psychothérapie. Elle est décrite par les participants comme la capacité de « ressentir la souffrance de l'autre », d'être interpellé et « touché » par celle-ci. Ils en parlent comme quelque chose qui va « au-delà de l'empathie », qui se situe quelque part entre l'empathie et la sympathie. En ce sens, il ne s'agit pas simplement de comprendre le client, mais de « résonner » comme être humain, dans son expérience personnelle, sans toutefois se sentir envahi par les émotions qui sont alors vécues. La compassion consiste donc, pour les participants, à « souffrir avec l'autre » tout en conservant une certaine distance émotionnelle. Ils affirment ressentir de la compassion notamment lorsqu'ils s'identifient au client – qu'ils aient vécu une expérience similaire ou qu'ils se l'imaginent simplement – ou lorsque ce dernier vit un drame humain particulièrement difficile. Les participants mentionnent également se

permettre de montrer au client qu'ils se sentent touchés. Ceci rejoint la manifestation d'authenticité, qui sera abordée dans la section suivante. Les extraits de verbatim présentés dans le Tableau 21 font état de ces résultats.

Tableau 21

Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – La compassion

Extraits de verbatim
<p>P5 : J'ai beaucoup de compassion pour les clients. C'est peut-être entre l'empathie et la sympathie. Le mot compassion vient du latin <i>cum patior</i>, qui veut dire « souffrir avec ». Je ne souffre pas avec le client, mais j'ai des résonnances à partir des expériences que j'ai vécues. Par exemple, même si je n'ai jamais eu le cancer, je peux savoir ce que c'est la peur de mourir. C'est un peu comme marcher à côté de quelqu'un. Pendant un bout de temps, on est sur le chemin de la personne. On n'est pas dans ses chaussures, mais on est proche.</p>
<p>P1 : Il y a des moments en thérapie qui sont plus touchants. Je pense à un monsieur qui me racontait qu'il avait été témoin de la mort de plusieurs personnes. En l'écoutant, je n'étais plus sûr si j'étais un psychologue en train de faire une intervention ou plutôt quelqu'un qui, tout d'un coup, allait se mettre à pleurer avec lui. Dans ce genre de moment, cela ne me fait pas perdre mes moyens, mais je suis extrêmement touché et je le montre au client. Évidemment, on est proche de l'empathie. Je trouve que c'est même au-delà de l'empathie, parce que cela me fait vivre quelque chose aussi.</p>
<p>P6 : La compassion permet de saisir ce qui se passe pour l'autre, de ressentir sa souffrance, tout en conservant une distance par rapport à celle-ci pour ne pas l'absorber et la vivre à sa place.</p>
<p>P4 : Quand les clients vivent des drames humains, cela me met moi aussi en face de ces mêmes réalités. Je peux m'identifier à ce que l'autre vit et comprendre comment cela peut être difficile. J'ai l'impression que je n'ai pas une intervention thérapeutique, mais plus une intervention humaine.</p>

4.7. L'authenticité. Une autre manifestation de l'humanité en psychothérapie est l'authenticité. Celle-ci réfère aux différentes façons qu'a le thérapeute de faire preuve

d'intégrité et de sincérité face à lui-même et dans sa manière d'être avec le client. L'authenticité prend plusieurs formes : 1) être vrai avec soi-même; 2) exprimer ses réactions personnelles et 3) dévoiler son expérience personnelle.

4.7.1. Être vrai avec soi-même. Une façon pour le thérapeute d'être authentique consiste à « être vrai » avec lui-même. En ce sens, les participants rapportent prendre conscience de ce qu'ils ressentent dans la rencontre thérapeutique et ce, avec honnêteté. Par exemple, si ce vécu est plutôt négatif, comme le fait de s'ennuyer avec un client, le thérapeute est appelé à se questionner sur les raisons qui l'amènent à se sentir ainsi et à « gérer son émotion ». Le Tableau 22 présente les extraits de verbatim associés à ces résultats.

Tableau 22

Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – L'authenticité : être vrai avec soi-même

Extraits de verbatim
<p>P3 : Je suis vrai avec moi-même. Être vrai, par exemple, c'est de me dire que je m'ennuie en thérapie avec un client, ou d'éprouver de l'agressivité par rapport à lui. Mais c'est mon devoir de gérer cette émotion d'une façon qui va construire la personne et non pas la détruire.</p>
<p>P6 : « Être moi », dans mon rôle, c'est reconnaître qu'à certains moments, je deviens inquiet, j'ai peur, je voudrais que le client me rassure. Ce que je ressens n'est pas nécessairement positif. Je dois être capable d'accueillir cela et de le gérer.</p>

4.7.2. Exprimer ses réactions personnelles. Tel qu'illustré par les propos exposés dans le Tableau 23, les participants affirment laisser transparaître et exprimer leurs réactions personnelles avec spontanéité devant les clients, sans néanmoins leur partager tout ce qu'ils vivent. Ils mentionnent se permettre de le montrer aux clients lorsqu'ils sont touchés par ce que ces derniers racontent et vivent. Ceci peut être de manière « positive », au sens de s'émerveiller devant la beauté et les avancées du client, comme cela peut être de manière « douloureuse », au sens d'être affecté par sa souffrance, tel que cela a été abordé dans la section sur la compassion. Parmi les réactions positives du thérapeute, il peut s'agir de « se réjouir » par rapport à ce que le client vit et de lui exprimer, de « souligner ses qualités » ou ses forces, de lui « faire un compliment », ou encore de lui exprimer son admiration pour lui. Le thérapeute peut également laisser transparaître ses réactions personnelles en démontrant qu'il est « affecté », en se montrant « ému », voire en « laissant les larmes couler ». Le degré de transparence du thérapeute varie en fonction de son niveau d'aisance. Par exemple, un participant exprimait sa réserve par rapport au dévoilement plus explicite de ses réactions personnelles.

Tableau 23

Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – L'authenticité : exprimer ses réactions personnelles

Extraits de verbatim
<p>P2 : Je suis parfois profondément touché par la personne, par ce dont elle me parle. Je peux être touché positivement, c'est-à-dire être émerveillé devant une prise de conscience du client, par exemple. Je peux aussi être touché douloureusement, à travers la tristesse. Cela m'arrive même d'avoir de la misère à parler tellement je suis ému, et de dire à la personne : « Donnez-moi quelques secondes... » Je ne me force pas pour le cacher.</p>
<p>P1 : Au début de ma pratique, je pensais que cela pouvait être nuisible de montrer aux clients que j'étais touché par ce qu'ils vivent. Au contraire, cela rassure les gens et valide leur vécu de voir que cela m'affecte aussi. [...] Je suis aussi content que les clients quand ils vivent des choses agréables. Par exemple, quand ils viennent d'avoir une bonne nouvelle ou quand ils ont fait un changement dans leur vie et qu'ils sont fiers d'eux. Je souligne aussi leurs qualités. Je peux même faire des compliments à certaines personnes, par exemple en disant que c'est beau ce qu'elles portent. Il m'est déjà arrivé de dire à une femme que je l'admirais et que je la trouvais courageuse.</p>
<p>P5 : Je ne dévoile pas tant mes réactions ou mes émotions personnelles – j'ai une certaine réserve là-dessus, mais ça paraît. [...] Si on est professionnel tout en laissant transparaître ce qu'on est, je pense que c'est suffisant.</p>
<p>P3 : Je le démontre parfois quand je suis touché. Il m'arrive de laisser les larmes couler.</p>

4.7.3. Dévoiler son expérience personnelle. L'authenticité du thérapeute prend parfois la forme du dévoilement de son expérience personnelle au client. Ainsi, en plus d'exprimer leurs sentiments et leurs réactions de manière spontanée, les participants mentionnent qu'il leur arrive de partager des informations qui concernent leur vie personnelle et qui réfèrent donc à leur propre vécu. Ceux qui se dévoilent ainsi ont précisé le faire avec parcimonie, lorsqu'ils considèrent que cela est utile pour le client

dans sa démarche et que ce dernier est prêt à recevoir cette information. Un participant soulève l'effet normalisant et rassurant que peut avoir ce type d'intervention sur le client. Il donne l'exemple d'un client qui avait peur de changer de carrière et à qui il a partagé sa propre expérience positive à ce niveau. Le Tableau 24 présente des extraits de verbatim illustrant ces résultats.

Tableau 24

Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – L'authenticité : dévoiler son expérience personnelle

Extraits de verbatim
P3 : Quand je me dévoile, c'est toujours au service du client. Et ces moments sont assez rares. Je ne ferais probablement pas cela dans les débuts de la thérapie. Il y a un temps où je considère que la personne est assez solide dans son expérience, qu'elle est prête à recevoir mon expérience en tant que personne aussi, et pas seulement en tant que thérapeute.
P1 : Cela m'est arrivé de dire que j'ai déjà changé de carrière à certaines personnes qui ont de la difficulté dans la leur et qui se demandent si elles devraient continuer. Quand je fais cela, ce n'est pas juste parce que j'ai envie de parler de moi, mais parce que je sais que cela a un but. Et d'habitude, je n'en parle pas longtemps.
P6 : Avec une cliente perfectionniste, après lui avoir demandé si cela lui convenait, je me suis permis de lui partager mon expérience personnelle. Je lui ai dit que moi aussi je vivais des angoisses et que je pouvais avoir des attitudes un peu obsessives. La cliente a dit que cela lui faisait du bien d'entendre cela, car elle se sentait moins seule.

Un participant (P4) apporte une nuance à l'authenticité, affirmant que cela ne consiste pas à être complètement « transparent » devant le client, mais à lui exprimer des

choses « vraies » et « senties » :

Dans ma formation, on disait que l'authenticité, ce n'est pas de tout dire, mais de ne dire que ce qui est vrai. C'était une façon de dire qu'être authentique ne veut pas dire d'être transparent et de tout exprimer. Cela veut dire que tout ce qui sort de toi, tu le sens et tu es en accord avec.

4.8. L'humilité. Selon les résultats de notre recherche, l'humanité du thérapeute se manifeste aussi par son humilité. Cette attitude consiste à ne pas se sentir ni se montrer au-dessus des autres et à reconnaître son imperfection. L'humilité prend donc deux formes différentes : 1) se sentir au même niveau que le client et 2) reconnaître ses limites et ses erreurs.

4.8.1. *Se sentir au même niveau que le client.* Les participants rapportent se sentir « au même niveau » que le client, dans un « rapport égalitaire face à la vie ». L'un d'eux le formule simplement ainsi : « on est tous du monde ordinaire ». Ainsi, même s'ils se disent plus outillés pour gérer les difficultés de la vie quotidienne, ils se perçoivent comme des êtres humains, au même titre que leurs clients. Un participant affirme par ailleurs que cette « modestie » est facilitée par le fait d'avoir soi-même traversé des épreuves, ce qui amène à voir le client comme un semblable qui fait face aux mêmes difficultés de la vie. Cependant, un autre participant apporte une nuance en spécifiant que, bien qu'il se sente au même niveau que le client, il n'est pas son égal en raison du contexte thérapeutique qui place chacun dans un rôle différent. En effet, le

thérapeute demeure celui qui est « au service de l'autre ». Le Tableau 25 présente les extraits de verbatim associés à ces résultats.

Tableau 25

Les manifestations de l'humanité en psychothérapie – L'humilité : se sentir au même niveau que le client

Extraits de verbatim
P4 : Je me sens au même niveau que la personne avec qui je travaille. J'ai l'impression que même si je suis psychologue, cela ne me donne pas une prestance.
P5 : J'ai vécu des crises dans ma vie et cela me rend plus modeste. Je me sens dans un rapport égalitaire avec mes clients.
P1 : On est tous du monde ordinaire. Les clients peuvent avoir tendance à mettre le psychologue sur un piédestal et à s'imaginer qu'il est au-dessus d'à peu près tous les phénomènes. C'est vrai qu'on est plus outillés, mais on est autant exposés à des situations difficiles que les clients et on ne sait pas toujours quoi faire.
P3 : Je suis humain comme l'autre. Pour moi c'est clair. Mais mon rôle de psychologue fait en sorte que je ne suis pas comme l'autre, compte tenu que je suis totalement au service du client.

4.8.2. Reconnaître ses limites et ses erreurs. Tel que rapporté dans le Tableau 26, les participants soulignent l'importance de reconnaître leurs limites et leurs erreurs. Par exemple, le thérapeute peut avouer « ne pas savoir » quelque chose ou reconnaître qu'il « être allé trop loin » ou encore qu'il « en a trop dit ». Les participants affirment également qu'il est important pour eux de pouvoir entendre les insatisfactions du client à leur égard. En effet, le thérapeute « peut se tromper », mais l'important est d'admettre humblement ses erreurs au client et de « s'excuser » auprès de lui. Selon un

participant, ceci demande au thérapeute de « tolérer d’être imparfait » et d’être vu par le client dans cette imperfection.

Tableau 26

Les manifestations de l’humanité en psychothérapie – L’humilité : reconnaître ses limites et ses erreurs

Extraits de verbatim
<p>P2 : J’ai une facilité à reconnaître que j’ai fait une gaffe, que j’ai été trop loin ou que j’en ai trop dit. Quand je m’en rends compte, je reviens là-dessus la semaine suivante, je m’excuse et j’essaie de comprendre avec le client ce qui a pu se passer. Je peux aussi recevoir un commentaire de la part du client au sujet de quelque chose qu’il n’a pas aimé. Cela demande beaucoup d’humilité et une grande capacité de tolérer d’être imparfait.</p> <p>P5 : Ce n'est pas grave, on peut se tromper en thérapie, dans la mesure où on s'en aperçoit et qu'on le dit.</p>

5. Le cadre thérapeutique et le rôle professionnel teintés par l’humanité du thérapeute

Au début de la section des résultats, l’humanité a été présentée comme un phénomène s’inscrivant dans le respect d’un cadre thérapeutique, dans lequel le thérapeute endosse un rôle professionnel. En fait, le cadre thérapeutique et l’humanité apparaissent comme deux dimensions qui sont constamment présentes en psychothérapie, l’une étant « nécessaire » à l’autre. Un participant a d’ailleurs évoqué l’image d’une « danse » entre le cadre thérapeutique et l’humanité pour illustrer l’interrelation constante entre ces deux dimensions de la psychothérapie. Si le cadre

thérapeutique établit les limites à ne pas dépasser, l'humanité, elle, « donne de la vie » au cadre, comme l'exprime un participant (P2) :

Nous devons accepter de vivre dans une sorte de danse continuelle où le cadre et l'humanité existent en même temps. L'humanité est nécessaire pour donner de la vie au cadre et le cadre est nécessaire à l'humanité pour lui donner ses limites.

Les résultats montrent que le rapport au cadre thérapeutique, lorsque teinté d'humanité, présente certaines particularités. Trois éléments sont ici présentés : 1) s'ajuster au client; 2) faire preuve de flexibilité par rapport au cadre thérapeutique et 3) intégrer son rôle professionnel de manière authentique.

5.1. S'ajuster au client. Les techniques thérapeutiques sont jugées par les participants comme importantes, mais secondaires. Les thérapeutes interrogés se soucient davantage de faire une intervention juste, au moment approprié. Ceci implique de s'ajuster au client et de respecter son rythme. Le Tableau 27 rapporte les extraits de verbatim liés à ces résultats.

Tableau 27

*Le cadre thérapeutique et le rôle professionnel teintés par l'humanité du thérapeute –
S'ajuster au client*

Extraits de verbatim
P4 : J'ai des outils thérapeutiques que j'utilise parfois. On parle alors de l'aspect technique de l'intervention. Toutefois, cet aspect n'est pas le plus important ou le plus présent.
P5 : Le choix des interventions dépend de la situation et de la personne. Cela fait partie de l'aspect plus artistique de la psychothérapie. Toutes les techniques peuvent être bonnes, mais il s'agit de savoir quoi appliquer, à quel moment et de quelle manière.
P6 : Je m'ajuste à l'autre pour que nous soyons en lien et que nous soyons capables de faire un bout ensemble. Je dois respecter le rythme du client. S'il ne veut pas aller plus loin, c'est correct, parce que c'est là qu'il est.

5.2. Faire preuve de flexibilité par rapport au cadre thérapeutique. Les participants rapportent faire preuve de flexibilité par rapport au cadre thérapeutique. L'un d'eux a plus particulièrement relaté différentes situations où il s'est permis de « sortir du cadre ». À travers les exemples rapportés, il mentionne avoir pris des décisions qui dérogent du code de déontologie et qui pourraient le placer, par exemple, dans une position de conflit d'intérêts. Lorsqu'il se permet une telle flexibilité, il précise toutefois qu'il conserve toujours une intention thérapeutique. De telles décisions sont donc prises dans le but de contribuer au cheminement et au bien-être du client. Le Tableau 28 présente les extraits de verbatim associés à ces résultats.

Tableau 28

*Le cadre thérapeutique et le rôle professionnel teintés par l'humanité du thérapeute –
Faire preuve de flexibilité par rapport au cadre thérapeutique*

Extraits de verbatim

P1 : J'ai suivi une cliente qui avait énormément de difficultés avec l'affirmation. Une fois, elle m'a dit qu'elle n'avait pas envie d'être dans le bureau et qu'elle irait prendre un café au restaurant d'en bas avec moi. Cette demande concordait avec sa démarche d'affirmation et j'ai accepté de le faire avec une intention thérapeutique. Je ne ferais pas cela avec un client qui voudrait établir un autre type de relation avec moi. Dans son cas, cela était utile, car elle osait me faire une demande. Nous sommes retournés au bureau assez rapidement, car elle a vu que ce contexte ne favorisait pas les échanges confidentiels. Durant le reste de la rencontre, nous avons discuté de ce qui venait de se passer. Elle ne m'a jamais refait cette demande, mais pour elle, ce moment avait été très significatif. En disant oui à cela, je me suis permis de sortir du cadre.

P1 : À leur demande, j'ai vu les trois enfants d'une même famille. Leurs parents étaient décédés dans la même année. Selon notre code de déontologie, on n'est pas censé faire cela, car cela pourrait créer des conflits d'intérêts. Mais dans ce cas-ci, j'ai accepté en spécifiant que je ne répondrais pas s'ils me posaient des questions sur les autres.

5.3. Intégrer son rôle professionnel de manière authentique. Outre la flexibilité par rapport au cadre thérapeutique, les participants intègrent leur rôle professionnel de manière authentique. Ainsi, même s'ils endossent un rôle professionnel, ils l'incarnent à partir de qui ils sont comme personne; leurs attitudes et leurs gestes, en cohérence avec leur personnalité, donnent une couleur particulière à ce rôle. En ce sens, les participants affirment demeurer eux-mêmes en psychothérapie. Certains l'expriment simplement ainsi : « je reste ce que je suis ». Les participants voient donc leur rôle avec de la « souplesse » plutôt que comme quelque chose de « rigide » qui leur ferait adopter

des comportements ou des attitudes stéréotypés généralement associés à un psychologue. De plus, le fait d'intégrer son rôle professionnel de manière authentique permet au thérapeute d'avoir une « aisance à être en relation avec l'autre », ce qui, selon un participant, favorise le lien et l'accompagnement du client. Cette intégration fait également en sorte que l'attitude du thérapeute peut dégager une certaine familiarité et être perçue comme amicale par le client. Les participants mentionnent que cela prend un certain temps avant que le rôle soit ainsi intégré, c'est-à-dire que le thérapeute soit réellement lui-même, à l'intérieur de son rôle. Ce processus d'intégration se fait avec l'expérience et le « travail sur soi ». En ce sens, les participants affirment qu'au début, le thérapeute « joue à » être dans son rôle professionnel, qu'il porte en quelque sorte un « habit ». Il s'agit selon eux d'un « processus de transition » considéré comme normal. Les extraits de verbatim présentés dans le Tableau 29 font état de ces résultats.

Tableau 29

*Le cadre thérapeutique et le rôle professionnel teintés par l'humanité du thérapeute –
Intégrer son rôle professionnel de manière authentique*

Extraits de verbatim
<p>P6 : Il y a plusieurs façons de voir le rôle. Je peux le voir comme un ensemble de lois et de règlements rigides ou, au contraire, je peux le vivre avec une certaine souplesse. De cette façon, je vais être capable de vivre le rôle tout en demeurant en contact avec ce que je suis profondément. Un rôle bien intégré me permet de rester ce que je suis en psychothérapie, avec mes forces et mes limites.</p>
<p>P4 : Avec les clients, je ne me sens pas dans un rôle. Je suis psychologue, mais cela ne fait pas en sorte que je vais me comporter d'une façon particulière. Je suis ce que je suis.</p>

Tableau 29

*Le cadre thérapeutique et le rôle professionnel teintés par l'humanité du thérapeute –
Intégrer son rôle professionnel de manière authentique (suite)*

Extraits de verbatim
<p>P6 : Un psychologue qui a bien intégré son rôle va être à l'aise à être en relation avec le client. Pour ma part, cette aisance me permet d'accompagner l'autre, de le guider, de lui faire des suggestions ou juste de l'aider à entrer en contact avec lui-même.</p> <p>P6 : Au début, on n'intègre pas tout de suite le rôle, alors on « joue à ». Moi aussi, j'ai joué au thérapeute, et cela m'arrive encore. C'est avec le temps et le travail sur soi qu'on acquiert plus d'aisance, plus de spontanéité.</p> <p>P4 : Quand on est en formation, on dirait qu'on est obligé de mettre un habit. Au début, on a l'impression de devoir adopter des attitudes qu'on n'a pas spontanément. Éventuellement, on arrive à s'en détacher ou à les intégrer. C'est un processus de transition.</p>

6. L'intégration de l'humanité et du rôle professionnel

Les participants ont abordé différents éléments qui favorisent l'intégration de l'humanité et du rôle professionnel. Ils soulèvent trois facteurs qui y contribuent :

1) choisir une approche qui s'accorde à soi; 2) sélectionner les clients en fonction de ses limites; 3) s'engager dans son développement personnel.

6.1. Choisir une approche qui s'accorde à soi. Tel qu'illustré dans le Tableau 30, les participants mentionnent avoir choisi une façon d'intervenir en psychothérapie qui correspond à leurs croyances et à leurs valeurs. Ils ont évoqué l'importance d'opter pour une approche qui « leur convient », qui est cohérente avec la personne qu'ils sont et qui « fait du sens » pour eux. De plus, ils privilégient un contexte

d'intervention – à court ou long terme, en milieu public ou privé – selon leurs préférences. Un participant le nomme comme le fait de trouver une « jonction entre soi-même et ses façons de faire ».

Tableau 30

Ce qui facilite l'intégration de l'humanité et du rôle professionnel – Choisir une approche qui s'accorde à soi

Extraits de verbatim
P6 : Il faut que j'aie une conception de la personne qui me permette de dire que ce que je fais, ça fait du sens, que je suis en train d'aider. Je dois définir, pour moi, ce qu'est une personne, quel est le but de la thérapie et quelles sont mes valeurs.
P5 : Quand on trouve ce qui, pour soi, convient comme thérapeute, on a un bon outil. Notre principal matériel, c'est nous-mêmes. S'il y a une jonction entre nous-mêmes et nos façons de faire, là c'est intéressant. Et puis le contexte thérapeutique dans lequel j'évolue est probablement l'un des meilleurs pour moi, celui dans lequel je suis le plus à l'aise. [Le participant fait ici référence à son choix d'exercer en bureau privé et d'intervenir dans un contexte de psychothérapie plutôt que dans un contexte d'intervention de crise.]

6.2. Sélectionner les clients en fonction de ses limites. Les participants affirment sélectionner leurs clients en respectant leurs limites. Ils décident d'entreprendre une psychothérapie auprès de clients qu'ils se sentent en mesure d'accepter, voire d'aimer. À l'inverse, ils préfèrent refuser d'entreprendre une psychothérapie avec certains clients avec qui « cela ne résonne pas ». Les propos des participants sont présentés dans le Tableau 31.

Tableau 31

Ce qui facilite l'intégration de l'humanité et du rôle professionnel – Sélectionner les clients en fonction de ses limites

Extraits de verbatim
<p>P3 : Il y a des personnes avec qui je ne travaillerais pas, comme les prisonniers. Je sais que je serais empathique à leur humanité, mais il y aurait des choses que je ne serais pas capable d'accepter. Cela fait partie de mes limites.</p> <p>P5 : C'est très rare que j'accepte de prendre des clients que je n'aime pas. Si je sens qu'il y a une chose avec laquelle je ne suis pas capable de composer ou qui m'irrite à un point tel que je ne pense pas pouvoir aller au-delà, il m'arrive de refuser un client. Quand cela ne résonne pas, je n'entreprends pas une démarche psychothérapeutique.</p>

6.3. S'engager dans son développement personnel. Les participants s'engagent dans une démarche de développement personnel; ils cherchent à « s'accomplir ». En ce sens, ils ont soulevé l'importance de faire un travail de croissance personnelle afin de « devenir de plus en plus eux-mêmes », de « s'aimer tels qu'ils sont ». Ce travail sur soi se fait notamment par le biais d'une psychothérapie ou encore par la mise en pratique des qualités humaines au quotidien. Le Tableau 32 présente les extraits de verbatim associés à ces résultats.

Tableau 32

Ce qui facilite l'intégration de l'humanité et du rôle professionnel – S'engager dans son développement personnel

Extraits de verbatim

P3 : Je valorise beaucoup l'accomplissement de l'être, autant en psychothérapie que dans ma propre vie. J'ai été interpellé à devenir de plus en plus moi-même, à force d'aider les gens à devenir eux-mêmes et à se défaire de leurs conditionnements.

P2 : Si je suis capable de me voir comme je suis et de m'aimer comme je suis, ma présence à l'autre est plus libre. Ma propre démarche de thérapie et le fait de mettre en pratique cette forme de présence, dans ma vie et avec mes clients, fait en sorte que ma présence est de meilleure qualité.

Un participant (P3) évoque le fait que le contact avec le client est aussi une source de développement personnel, en ce sens où le thérapeute « se transforme » à son contact :

Jung disait qu'il acceptait d'être transformé par chaque nouveau client qu'il acceptait en thérapie. L'expérience du client vient nécessairement nourrir ma propre expérience, étant donné que je suis moi-même investi dans ma propre expérience de changement et de transformation. Je suis touché dans ma vie personnelle. Et c'est un des cadeaux de mon métier.

Discussion

L'objectif général de cette étude à caractère exploratoire était de mieux comprendre l'humanité en psychothérapie. Plus spécifiquement, elle visait à décrire l'expérience de l'humanité d'après la perspective des thérapeutes. La discussion vise à répondre à ces objectifs.

Dans cette section, les résultats seront d'abord mis en lien avec les écrits recensés. Certains thèmes issus des résultats seront revisités et approfondis. Dans un deuxième temps, les forces et les limites de l'étude seront présentées. Ensuite, les retombées anticipées de cette démarche seront abordées. Enfin, des pistes d'investigations futures pour la recherche seront proposées.

Mise en lien des résultats avec les écrits recensés

Rappelons brièvement les résultats. Pour les participants, l'humanité en psychothérapie est balisée par un cadre thérapeutique, dans lequel le thérapeute endosse d'emblée un rôle professionnel qui l'incite à demeurer au service du client. L'humanité en psychothérapie est omniprésente, elle est l'expression de qualités personnelles dans un contexte professionnel et constitue une façon d'être qui est transmise de manière implicite au client. En ce qui a trait à leurs croyances, les participants considèrent la psychothérapie comme une relation entre deux êtres humains. Ils perçoivent le client comme une personne unique, qui est l'experte de son expérience, et considèrent la

relation comme une source de rétablissement. Selon eux, l'humanité en psychothérapie se manifeste par la présence à soi, la présence à l'autre, l'intérêt sincère pour l'autre, la bienveillance, l'amour, la compassion, l'authenticité et l'humilité. De plus, ils font preuve de flexibilité par rapport au cadre thérapeutique et intègrent leur rôle professionnel de manière authentique. Enfin, les participants ont évoqué que le fait de choisir une approche qui s'accorde à eux, de sélectionner des clients en fonction de leurs limites et de s'engager dans leur développement personnel favorisent leur humanité en psychothérapie.

Cette section de la discussion est organisée autour de huit grandes idées liées à l'humanité en psychothérapie. Ces idées intègrent des éléments qui sont ressortis de l'analyse en lien avec la définition et les manifestations de l'humanité en psychothérapie, les deux aspects qui étaient visés par les objectifs. Ces idées intègrent également des croyances liées à l'humanité en psychothérapie, ce troisième aspect ayant aussi été exprimé par les participants. La première idée est que l'humanité implique la reconnaissance de ce qu'il y a de commun entre les êtres humains. Cela se traduit, de la part du thérapeute, par une identification au client dans sa souffrance, par la perception d'une relation égalitaire avec celui-ci et par la reconnaissance de sa propre imperfection. La compassion et l'humilité du thérapeute, deux manifestations de l'humanité qui sont ressorties dans les résultats, seront abordées à travers ces idées. La deuxième idée est que l'humanité en psychothérapie est un facteur qui favorise un climat relationnel sécurisant. La relation avec le thérapeute offre au client une occasion de vivre une

expérience affective réparatrice. La troisième idée est que la présence est à la base de l'humanité en psychothérapie. L'équilibre nécessaire entre la présence à soi et la présence à l'autre sera alors brièvement discuté. La quatrième idée est que l'humanité en psychothérapie est une forme d'engagement affectif du thérapeute envers le client. Un retour sera alors fait sur le thème de la compassion, cette fois pour le mettre en relation avec la notion d'empathie. Une attention plus particulière sera accordée à la place de l'amour en psychothérapie, puisque ce thème apparaît dans les résultats comme une manifestation de l'humanité en psychothérapie et qu'une certaine controverse entoure cette notion dans le domaine de la psychologie. Les liens qui unissent les concepts de compassion et de bienveillance au concept d'amour dans un contexte thérapeutique seront explicités. La cinquième idée est que l'humanité en psychothérapie est une rencontre authentique entre le client et le thérapeute, dans laquelle ce dernier se dévoile avec parcimonie et admet sa vulnérabilité, tout en recherchant un équilibre entre humanité et expertise. La sixième idée est que l'humanité se déploie dans le respect du cadre thérapeutique. La flexibilité dont fait preuve le thérapeute est au service du client et l'humanité prend un visage différent selon chacun. La septième idée est que l'intégration de l'identité personnelle et de l'identité professionnelle est un processus nécessaire à l'humanité. Enfin, la huitième idée est qu'il est possible de développer son humanité à travers différents moyens.

La reconnaissance d'une commune humanité

Dans les écrits, la reconnaissance d'une commune humanité entre le professionnel et le patient est liée à l'humanisation des soins de santé (Almeida & Chaves, 2013; Gaille & Foureur, 2010;). Également, selon les participants de notre recherche, l'humanité en psychothérapie se caractérise par une humanité partagée. Pour eux, la psychothérapie constitue avant tout une rencontre entre deux êtres humains. Cette conception les amène à s'identifier à la souffrance du client – donc à éprouver de la compassion pour lui –, à percevoir la relation thérapeutique comme étant égalitaire et à reconnaître leur propre imperfection avec humilité.

Une identification à la souffrance du client qui favorise l'émergence de la compassion. La reconnaissance d'une commune humanité implique notamment de reconnaître que la souffrance est universelle. En tant qu'être humain, le thérapeute traverse lui aussi des périodes difficiles et ressent des émotions douloureuses. Il partage l'expérience de la souffrance du client, ce qui fait en sorte qu'il peut s'identifier au vécu de ce dernier. Les participants de la présente étude considèrent que c'est l'identification au client – et à sa souffrance – qui permet l'émergence du sentiment de compassion. Dans le même sens, les participants interrogés par Matta (2004) considèrent l'universalité de la souffrance comme un élément de la compassion. Dans cette étude phénoménologique, cinq psychanalystes et thérapeutes d'orientation psychanalytique ont décrit leur expérience de la compassion en psychothérapie par le biais d'entrevues semi-structurées.

La compassion est apparue dans les résultats de la présente étude comme l'une des manifestations de l'humanité en psychothérapie. C'est à ce concept que les participants font référence pour décrire ce qu'ils vivent lorsqu'ils sont touchés par la souffrance du client, qu'ils résonnent à celle-ci en tant qu'être humain. Ils disent alors vivre de l'intérieur la souffrance de l'autre. Orange (2006) aborde la compassion comme une attitude qui consiste, pour le thérapeute, à « marcher » avec le client dans son expérience. Elle décrit la manière dont le thérapeute accompagne le client et partage sa propre souffrance afin de l'aider à intégrer celle-ci. En ce sens, un participant à la présente étude a rapporté avoir déjà mentionné à un client qu'il avait lui aussi des attitudes obsessives. Ce faisant, le thérapeute démontre au client que la souffrance est universelle et qu'il lui arrive lui-même de la vivre. De la même manière, Yalom (2002) voit le thérapeute et le client comme des « voyageurs » qui se côtoient, qui sont chacun dans un processus d'évolution et qui confrontent les mêmes enjeux existentiels dans leur vie (p.ex., le deuil, la solitude).

Malgré cette identification au client et à sa souffrance, les participants précisent qu'il est important pour le thérapeute de conserver une certaine distance émotionnelle afin de ne pas être envahi par leurs émotions et celles de l'autre. Dans une optique similaire, Neff (2003a, 2003b) considère la « pleine conscience » comme une composante nécessaire à la compassion. Il s'agit, selon cet auteur, d'être en contact avec des pensées et émotions douloureuses avec un certain équilibre, c'est-à-dire de ne pas se « sur-identifier » à la souffrance. La compassion consisterait à s'identifier à la

souffrance de l'autre tout en demeurant conscient (Braun, 1992), afin de ne pas perdre de vue la frontière entre soi et l'autre (Lewin, 1996).

Une relation perçue comme égalitaire. La reconnaissance d'une commune humanité abolit d'une certaine façon les distinctions entre les clients (ceux qui souffrent) et les thérapeutes (ceux qui soignent). En effet, elle rend les êtres humains comme étant égaux (Cassell, 2002). Cette perception d'égalité entre le thérapeute et le client a été abordée par les participants. Elle est ressortie comme l'une des expressions de l'humilité, dans les manifestations de l'humanité en psychothérapie. En ce sens, les participants rapportent se sentir comme de simples êtres humains qui peuvent vivre les mêmes difficultés que les clients.

Girard et Delisle (2012) apportent une nuance en mentionnant que le client et le thérapeute sont deux personnes égales, sauf qu'elles ont un rôle différent et possèdent des ressources propres. Ceci rejoint la conception de St-Arnaud (1999), pour qui le client est l'expert du contenu, c'est-à-dire de son histoire personnelle et de son vécu, alors que le thérapeute est l'expert du processus thérapeutique. Cette distinction du rôle et de la compétence de chacun n'empêche toutefois par les participants de se percevoir comme étant au même niveau que les clients, c'est-à-dire un niveau d'humain à humain.

La reconnaissance de son imperfection. Lorsque le thérapeute reconnaît qu'il est humain, au même titre que tous les autres, il est aussi appelé à reconnaître son

imperfection. Il s'agit d'un autre aspect que les participants ont abordé en parlant de l'humilité. En effet, l'humilité concerne l'aptitude à reconnaître ses erreurs, ses limites et ce qu'on ne connaît pas (Tangney, 2000, 2002). De son côté, Delisle (2004) considère l'humilité comme la capacité du thérapeute de se savoir « naturellement imparfait, limité et digne ».

L'humilité permettrait de mieux tolérer les sentiments d'incertitude, d'impuissance et de confusion, qui peuvent générer un certain inconfort (Bilheran, 2009). Ces sentiments sont naturels face à une situation complexe, comme cela est souvent le cas en psychothérapie (Dunn, 2005). Dunn (2005) affirme que le thérapeute n'a pas l'obligation d'être parfait, mais bien celle de savoir qu'il ne l'est pas. Il est illusoire pour le thérapeute de penser ne faire que des interventions réussies. St-Arnaud (2004) estime que « les personnes les plus compétentes sur le plan relationnel ne sont pas celles qui font le moins d'erreurs, mais celles qui repèrent et corrigent celles-ci rapidement dans l'action. » (p. 110). Le thérapeute doit se défaire d'un « idéal professionnel tyrannisant » et développer une attitude d'indulgence à son propre égard (Bilheran, 2009). Les participants ont pour leur part mentionné qu'il n'est pas grave pour le thérapeute de se tromper, mais ils ont insisté sur l'importance de reconnaître ses erreurs et de s'excuser auprès du client lorsque nécessaire.

La création d'un climat relationnel sécurisant

Selon les participants, l'humanité s'exprime à travers une relation, à laquelle ils accordent une place centrale en psychothérapie. Ils considèrent la relation thérapeutique comme le fondement du processus de changement chez le client. Plusieurs auteurs (Dunn, 2005; Girard & Delisle, 2012; Lecomte & Richard, 2006; Mearns & Cooper, 2005; Mitchell, 2000) partagent cette croyance. Farber (2003) note que l'on considère de plus en plus que la psychopathologie trouve ses racines dans les relations interpersonnelles et se soigne à travers elles. Cette idée est avancée depuis longtemps dans le domaine de la psychothérapie. Winnicott (1975) suggérait notamment que la psychopathologie survient suite aux carences vécues par le nourrisson, qui sont engendrées par les défaillances de la figure maternelle qui n'est pas « suffisamment bonne ». Ces carences seraient alors vécues dans cette première relation d'attachement et se répercuteraient sur le développement de l'enfant. Miller (1996) a également décrit comment certaines attitudes parentales peuvent avoir un impact sur la souffrance de l'enfant, puis sur l'adulte qu'il devient. Plus récemment, les recherches en neurosciences ont mis en lumière la manière dont le manque d'accord entre les besoins de l'enfant et la réponse des parents à ces besoins peut avoir un impact sur la dysrégulation émotionnelle vécue par l'enfant (Schore, 2003).

La relation thérapeutique représenterait une occasion pour le client de vivre une « expérience émotionnelle correctrice », définie par Alexander et French (1946) comme une réexposition, sous des circonstances plus favorables, à des situations émotionnelles

que la personne n'a pas pu gérer dans le passé. En effet, un environnement thérapeutique sécurisant, caractérisé par des interactions sociales positives et ajustées, favoriserait le développement de nouvelles connexions neuronales chez le client, contribuant ainsi à la régulation émotionnelle et à la réparation des blessures d'attachement (Allison & Rossouw, 2013; Schore, 2003; Siegel, 2007, 2010). L'établissement d'un environnement sécurisant favoriserait donc le processus de changement du client (Geller & Porges, 2014; Gelso, 2011; Girard & Delisle, 2012). En fait, l'expérience relationnelle vécue en thérapie par le client serait l'essence même de ce changement (Mitchell, 2000). La relation thérapeutique permettrait la transformation de l'expérience souffrante du client (Orange, 1995) grâce, notamment, à la compréhension empathique du thérapeute (Lecomte & Richard, 2006) et à son attitude compatissante (Orange, 2006).

Une manière d'être communiquée non verbalement. Les recherches en neurosciences soulèvent le caractère implicite des communications d'attachement (Schore, 2003, 2008). Le client ferait l'expérience d'un environnement sécurisant en psychothérapie grâce à la détection de différents signaux non verbaux en provenance du thérapeute (Geller & Porges, 2014). Des expressions faciales chaleureuses, une voix douce et calme et des réactions non verbales spontanées (p.ex., sourire, rire à l'humour du client) contribueraient à la création d'un tel environnement (Geller & Porges, 2014). D'ailleurs, les clients réagiraient davantage à la *manière* dont le thérapeute exprime les choses (le rythme et le ton de la voix, la posture du corps, la gestuelle et l'expression faciale) qu'à ce qu'il dit (Schore, 2003, 2008).

Les participants de la présente étude ont mis l'accent sur le fait que l'humanité constitue essentiellement une manière d'être du thérapeute, qui se communique non verbalement. Ils ont décrit cette façon d'être par des manifestations du thérapeute, soit la présence à soi et à l'autre, l'intérêt sincère pour le client, la bienveillance, l'amour, la compassion, l'authenticité et l'humilité. À travers ces manifestations, il semble que les participants contribuent à créer un climat thérapeutique dans lequel le client se sent en sécurité, favorisant ainsi son processus de changement.

Une question de présence

Il semble que la présence représente un fondement de l'humanité en psychothérapie. Les participants se décrivent comme étant dans un état de réceptivité et d'ouverture. Cet état est caractérisé par un accueil sans jugement et par une grande sensibilité. Le thérapeute adopte cette attitude par rapport à lui-même (présence à soi) et envers le client (présence à l'autre).

Ce résultat rejoint le concept de « présence thérapeutique », que l'on retrouve dans les écrits. Selon Geller et ses collaborateurs (Geller, 2013; Geller & Greenberg, 2002, 2012; Geller et al., 2010; Geller & Porges 2014; Geller et al., 2012), la présence thérapeutique serait une composante fondamentale à toute relation thérapeutique et ce, peu importe l'orientation théorique ou l'approche thérapeutique.

Geller et Greenberg (2002) évoquent l'équilibre entre deux niveaux de conscience qu'implique la présence thérapeutique : le contact avec sa propre expérience et le contact avec l'expérience du client. D'une part, le thérapeute est enraciné en lui-même, il prend conscience de ce qui émerge en lui, notamment comment l'expérience du client résonne en lui. D'autre part, sa sensibilité à l'expérience du client est mise à profit pour saisir ce qui se passe chez lui, qu'il le manifeste verbalement ou non. Le thérapeute alternerait constamment entre ces deux niveaux de conscience (Geller et al., 2012).

Un engagement affectif

D'après les participants, l'humanité en psychothérapie implique un engagement affectif. Carnochan (2001) affirme que l'absence d'engagement affectif de la part du thérapeute dans sa relation avec le client crée un contexte « inhumain ». Ce lien affectif constitue une expérience profonde de connexion humaine (Vida, 2002). Les participants ont parlé d'une « ouverture du cœur » pour décrire le fait que le thérapeute est impliqué à un niveau affectif. Cet engagement se traduit par des sentiments de compassion et d'amour à l'égard du client.

De l'empathie à la compassion. Les participants distinguent la compassion de l'empathie. Selon eux, la compassion va « au-delà » de l'empathie. Ils précisent que la compassion consiste à *vivre* une résonnance affective face à la souffrance de l'autre, plutôt que de comprendre celle-ci de manière rationnelle. Cette distinction rejoint les propos de thérapeutes interrogés dans d'autres études sur la compassion. Par exemple,

Vivino et al. (2009) ont réalisé des entrevues semi-structurées auprès de 14 thérapeutes (psychologues, thérapeutes familiaux et travailleurs sociaux). L'analyse qualitative des données révèle que les participants considèrent que la compassion va au-delà de la compréhension intellectuelle de la souffrance, se situant à un niveau « plus profond » que l'empathie.

L'accent a traditionnellement été mis sur l'aspect cognitif de l'empathie (Elliot, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011; Pommier, 2010). Néanmoins, l'empathie peut être considérée dans une perspective multidimensionnelle, incluant les dimensions affective et cognitive (Bachelor & Horvath, 1999). Bien qu'il n'existe pas de définition consensuelle de l'empathie en psychothérapie, il existerait un certain accord sur trois de ses composantes, selon des recherches en neurosciences (Elliott et al., 2011). La première composante consisterait à ressentir une émotion, par effet miroir de l'émotion perçue chez l'autre (Decety & Lamm, 2009). La seconde consisterait en une prise de perspective conceptuelle (Shamay-Tsoory, 2009). Selon la troisième, l'empathie serait caractérisée par un processus de régulation émotionnelle qui viserait à apaiser la douleur ou l'inconfort de l'autre (Decety & Lamm, 2009). L'empathie aurait le potentiel de mobiliser la compassion pour l'autre.

L'empathie peut ainsi être vue comme un préalable à la compassion. Plusieurs auteurs considèrent d'ailleurs l'empathie comme une habileté nécessaire au développement de la compassion (Boellinghaus, Jones, & Hutton, 2013; Braun, 1992;

Decety & Lamm, 2009; Gilbert, 2005). En ce sens, l'empathie représenterait une capacité large de reconnaissance de l'expérience émotionnelle de l'autre, alors que la compassion consisterait à reconnaître plus particulièrement l'expérience de la souffrance chez l'autre (Boellinghaus et al., 2013; Orange, 2006). Par ailleurs, la compassion s'accompagnerait du désir de soulager la souffrance de l'autre et d'un passage à l'action en ce sens (Gilbert, 2005; Siegel & Germer, 2012).

Ainsi, sans nier l'importance de l'empathie, les participants considèrent que le terme « compassion » traduit mieux la profondeur de l'engagement affectif qu'ils expérimentent en psychothérapie.

L'amour : un sentiment qui a sa place en psychothérapie. L'engagement affectif des participants se caractérise également par le sentiment d'amour qu'ils éprouvent pour les clients. Les participants ont abordé cette notion pour décrire l'affection qu'ils ressentent à l'égard des personnes qui les consultent et le lien qui les unit. Dans cette section, il sera question du dilemme au sujet de l'amour en psychothérapie, de la nature de l'amour dans ce contexte particulier, de la relation étroite entre amour, compassion et bienveillance et de l'évolution du sentiment d'amour dans le processus thérapeutique.

Le dilemme au sujet de l'amour en psychothérapie. Une certaine prudence a été observée de la part des participants lorsqu'ils abordaient le thème de l'amour en

psychothérapie. Bien qu'ils affirmaient spontanément ressentir de l'amour pour les clients qu'ils rencontrent, ils se reprenaient en énonçant des nuances à ce sentiment. Par exemple, certains précisait qu'il ne s'agit pas d'être « amoureux », alors que d'autres préféraient utiliser le terme « affection » ou « attachement ».

Selon les écrits, il semble que le terme « amour » soit tabou en psychothérapie. L'association des mots « amour » et « psychothérapie » serait « suspecte », ferait « peu scientifique » (Dunn, 2005) et occasionnerait un certain inconfort (Rodriguez, 2005). Le domaine de la psychologie aurait plutôt tendance à éviter de discuter ouvertement de ce sujet (Gelso et al., 2014). La littérature a abondamment mis en garde les cliniciens contre les pièges du transfert érotique (Dunn, 2005). On observe une réserve à parler d'amour, car ce terme est associé aux manquements à l'éthique en lien avec les passages à l'acte sexuels en thérapie (Gelso, Perez-Rojas, & Marmarosh, 2014). Les thérapeutes peuvent alors préférer utiliser un terme différent. Comme le dit Dunn (2005) : « On pourrait parler d'attachement, d'affection, de tendresse, d'empathie, etc. Ce sont des termes avec lesquels nous pourrions nous sentir davantage à l'aise [...] mais le fait est que ces mots sont des manifestations d'amour » (p. 39).

Gelso et al. (2014) considèrent qu'on ne doit pas éviter d'aborder ce sujet, puisqu'il fait partie de la relation entre le thérapeute et le client. L'amour pourrait même être un facteur impliqué dans le succès de la thérapie (Gelso et al., 2014). En effet, les

expressions d'amour du thérapeute, ou les gestes porteurs d'amour, pourraient avoir un effet puissant et transformateur chez le client (Stern, 2011).

La nature de l'amour en psychothérapie. Les participants ont tenté de déterminer la nature de l'amour dont il est question en psychothérapie. Ils ont relevé le caractère universel de ce sentiment, tout en spécifiant que le contexte thérapeutique fait en sorte qu'il est vécu et exprimé différemment.

Il existerait différents types d'amour qui conviendraient à différents types de relations (Rodriguez, 2005). Toutefois, les chercheurs auraient surtout étudié le type d'amour qui se développe dans les relations romantiques (Sprecher & Fehr, 2005). L'amour serait souvent divisé en deux catégories : l'amour romantique, qui comprend une composante sexuelle, et l'amour parental, familial (Rodriguez, 2005). Comme il n'est pas question d'amour romantique en psychothérapie, le modèle de l'amour parental serait souvent repris pour décrire l'amour entre le thérapeute et le client (Dunn, 2005; Gerrard, 1996). Les participants ont pour leur part précisé qu'il ne s'agit pas d'un amour conjugal et ont proposé l'analogie avec l'amour du « bon parent » pour son enfant.

La terminologie grecque, reprise par May (1969), propose quatre types d'amour : *eros*, un amour-passion caractérisé par la sensualité et le désir; *philia*, un amour-amitié de nature fraternelle; *storgè*, un amour familial, tel un parent qui aime son enfant et qui en prend soin; et *agapè*, un amour universel dévoué au bien-être de l'autre. Le type

d'amour qui semble le plus pertinent à l'humanité en psychothérapie serait l'amour de type *agapè* (Dunn, 2005; Gelso et al., 2014). Il s'agit du type d'amour qui donne sans attendre en retour, qui est centré sur l'autre. C'est ce type d'amour que décrivent les participants. En effet, ils parlent d'un amour dénué d'érotisme, porteur du souci du bien-être de l'autre, qui prend soin et qui ne cherche pas à recevoir en retour.

Ainsi, il se développerait une relation affective saine entre le thérapeute et le client, qui en est une « d'amour sans être amoureuse » (Dunn, 2005), et qui ne relèverait pas nécessairement d'un transfert amoureux (Young-Eisendrath, 2007).

Amour, compassion et bienveillance. D'après les résultats de la présente recherche et les écrits, il apparaît clair que les concepts d'amour et de compassion sont intimement liés. Par exemple, l'amour est un état qui, lorsqu'il est dirigé pour soulager la souffrance d'autrui, prend la forme de la compassion. L'amour et la compassion sont d'ailleurs deux termes qui sont fortement reliés dans la pensée bouddhiste (Gilbert, 2005). Sprecher et Fehr (2005) considèrent la compassion comme un type d'amour qui s'exprime tant à ses proches qu'à l'humanité entière, et reprennent l'expression « amour compatissant » (*compassionate love*) proposée par Underwood (2002). Ce type d'amour est défini comme une attitude envers autrui comprenant des émotions, des pensées et des comportements qui sont centrés sur la tendresse et le fait de prendre soin, et qui sont orientés vers le soutien, l'aide et la compréhension des autres, particulièrement lorsque les autres sont perçus comme étant en souffrance ou dans le besoin (Sprecher & Fehr

2005). Le terme « bonté » (*loving kindness*) est aussi utilisé pour nommer cet amour empreint de compassion, de tendresse et de gentillesse (Vivino et al., 2009). Tsai, Callaghan et Kohlenberg (2013) privilégient quant à eux l'expression « amour thérapeutique » (*therapeutic love*) pour désigner cette même réalité qui consiste à prendre soin de l'autre avec compassion.

Ces définitions de l'amour en psychothérapie rejoignent le thème de la bienveillance évoqué par les participants de la présente étude. Selon eux, la bienveillance consiste à prendre soin du client et à adopter une attitude chaleureuse envers lui. Ils ont également décrit différents gestes attentionnés qu'ils posent et qui traduisent leur souci de l'autre. Ainsi, il semble difficile de dissocier le sentiment d'amour qu'éprouve le thérapeute pour le client, son désir de soulager la souffrance de ce dernier et le souci qu'il démontre de prendre soin de lui avec bienveillance. D'après ce qu'en ont dit les participants, la bienveillance traduirait en actions concrètes les sentiments d'amour et de compassion qui habitent le thérapeute.

L'évolution du sentiment d'amour dans le processus thérapeutique. Le thérapeute n'éprouverait pas nécessairement de l'amour pour le client dès les premiers instants de la thérapie. Selon les participants, le fait de connaître l'autre authentiquement, c'est-à-dire de le connaître en profondeur, dans son intimité, semble être une condition à l'amour qu'éprouve le thérapeute pour le client, ce que considère aussi Young-Eisendrath (2007). Ce degré d'intimité se développerait donc avec le temps

(Gelso et al., 2014). En début de thérapie, le thérapeute porterait plutôt une « disposition bienveillante », que Dunn (2005) décrit comme un préjugé favorable envers l'autre, une tendance à l'accueillir.

Une rencontre authentique

L'humanité en psychothérapie se caractérise par une rencontre authentique entre le client et le thérapeute. Les participants ont abordé l'authenticité sous l'angle de trois aspects qui rejoignent les composantes de l'authenticité proposées par Schnellbacher et Leijssen (2009), soit la conscience de son expérience, l'expression de ses réactions spontanées et le dévoilement de soi. Selon ces auteurs, l'authenticité implique, de la part du thérapeute, une conscience de sa propre expérience (*self-awareness*). Cela rejoint l'importance pour les participants d'être vrai avec soi, c'est-à-dire de reconnaître avec honnêteté leur expérience personnelle. Ensuite, les auteurs considèrent que l'authenticité implique une présence du thérapeute dans l'interaction avec le client et la capacité à réagir à ce que ce dernier raconte ou à ce qui se passe dans la relation (*self-presence*). Dans le même sens, les participants laissent paraître des réactions spontanées en lien avec ce que le client rapporte, par exemple leur joie face à une réussite de ce dernier. La troisième composante de l'authenticité, selon les auteurs, est l'ouverture à dévoiler ses sentiments, pensées, impressions, expériences, faits, visions, valeurs et façons de travailler qui lui sont personnels (*self-disclosure*). Les participants rapportent aussi partager leur expérience personnelle à certaines occasions.

Le dévoilement avec parcimonie. Les participants manifestent leur humanité par le dévoilement authentique de leur expérience personnelle. Toutefois, depuis Rogers (1957), on sait que le dévoilement de soi n'implique pas que le thérapeute révèle tout de lui. Les participants considèrent que le thérapeute ne doit pas nécessairement partager chaque aspect de son expérience. Burks et Robbins (2012) ont réalisé des entrevues semi-structurées auprès de 17 psychologues cliniciens dans le but de comprendre comment ils expérimentent l'authenticité dans leur pratique. L'analyse phénoménologique des données révèle que les participants considèrent que le thérapeute doit choisir ce qu'il dévoile au client, manifestant ainsi une « transparence sélective ».

Le choix de ce qui est dévoilé au client dépendrait notamment de l'aisance du thérapeute à révéler certaines informations (Maendly et al., 2013). Les participants de la présente étude affirment que cela dépend aussi de la capacité du client à recevoir cette information, ce qu'ils déterminent à l'aide de leur jugement clinique. Ils précisent également que, bien que le thérapeute ne dise pas tout au client, tout ce qu'il dit doit être vrai. Cette concordance entre l'expérience interne du thérapeute et ce qu'il communique au client rejoint le concept de congruence initialement proposé par Rogers (1957).

Même si l'humanité autorise le dévoilement de soi, les participants précisent qu'il est plutôt rare qu'ils le font. Cela est fait de manière brève et l'attention est rapidement ramenée sur le client. De plus, selon Knox et Hill (2003), une utilisation trop

fréquente du dévoilement de soi risquerait d'entraîner de la confusion dans les rôles de chacun, en plus de détourner l'attention du client vers le thérapeute.

De manière générale, les auteurs s'entendent pour dire que le dévoilement de soi demande de la prudence et un jugement de la part du thérapeute (Kolden et al., 2011; Lietaer, 2001). Le thérapeute exerce son jugement clinique en choisissant de partager les aspects de son expérience qui facilitent le travail thérapeutique (Barnett, 2011; Lietaer, 2001; Kolden et al., 2011). Le dévoilement de soi du thérapeute doit donc être au service du client et aider celui-ci à cheminer vers ses objectifs plutôt que de répondre aux besoins du thérapeute (Barnett, 2011; Bridges, 2001; Vasquez, 2007; Zur et al., 2009). Il semble que ce soit cette notion d'être « au service du client », sur laquelle les participants ont insisté, qui sert de critère ultime pour déterminer si un dévoilement est utile et nécessaire et, d'un point de vue général, si une intervention est faite au nom du professionnalisme. Il en sera question dans la section consacrée au cadre thérapeutique et au rôle professionnel.

L'équilibre entre humanité et expertise. Les thérapeutes qui se dévoilent sont perçus comme moins professionnels par les clients que ceux qui ne le font pas (Henretty & Levitt, 2010; Myers & Hayes, 2006). Par ailleurs, les dévoilements immédiats – qui sont en lien avec le client, la relation ou le processus thérapeutique – feraient en sorte que les clients perçoivent les thérapeutes comme plus humains, sans toutefois affecter leur perception de leur professionnalisme (Audet, 2011). Les thérapeutes seraient alors

perçus comme plus ouverts, impliqués, mais imparfaits. Ce type de dévoilement pourrait être bénéfique d'un point de vue thérapeutique (Henretty & Levitt, 2010). Néanmoins, les clients apprécieraient cette coexistence entre un thérapeute humain et imparfait, et un expert dans son domaine (Audet & Everall, 2010). Cet équilibre entre humanité et expertise est recherché par les participants de la présente étude.

L'humanité se déploie dans le respect du cadre thérapeutique

La pratique des psychologues au Québec est régie par un ordre professionnel et les actes sont balisés par un Code de déontologie (Ordre des psychologues du Québec, 2015). L'humanité du thérapeute ne le soustrait pas aux devoirs et obligations. Les participants soulignent que le lien avec les clients est professionnel. Cela impose certaines limites à la relation qu'ils établissent avec eux, aussi humaine soit-elle. Par exemple, ils n'établiraient pas une relation d'une autre nature que la relation thérapeutique, telle une relation amoureuse. Dans le même sens, McCullough (2009) soutient que la relation entre le client et le thérapeute, bien qu'entièrement humaine, n'est pas amicale. Ainsi, l'humanité en psychothérapie s'exprime dans le respect d'un cadre qui est omniprésent, tout au long du processus thérapeutique. Néanmoins, l'humanité teinte le cadre thérapeutique. En ce sens, les participants font preuve de flexibilité dans leurs interventions et ils demeurent eux-mêmes, en cohérence avec leur rôle professionnel.

La flexibilité du cadre thérapeutique est au service du client. Selon les participants, bien que le cadre thérapeutique soit nécessaire au maintien du caractère professionnel de la relation, il ne doit pas être rigide ni être considéré comme un absolu. De leur avis, le thérapeute peut faire le choix, lorsqu'il le juge pertinent, de « sortir du cadre », par exemple en rencontrant le client hors du bureau de thérapie. Toutefois, aucun thérapeute ne sort du cadre sans avoir préalablement réfléchi aux effets de cette décision et, d'un point de vue général, chacun exerce son jugement clinique lorsqu'il est confronté à un dilemme éthique. Comme plusieurs auteurs le précisent – et les participants partagent ce point de vue – le thérapeute conserve toujours son intention thérapeutique, celle d'être au service du mieux-être du client (Cain, 2007; Geller & Greenberg, 2002; Rogers, 1957; Stern, 2011).

L'humanité prend différents visages. Chaque participant, à sa façon, trouve une manière d'intégrer son rôle de manière authentique. Ceci suppose que l'humanité se manifeste différemment selon le thérapeute. En effet, chacun incarne le rôle professionnel à sa manière, à partir de qui il est et de ses expériences. Par exemple, le degré de transparence diffère selon les participants : certains sont à l'aise de dévoiler leurs expériences personnelles, alors que d'autres le sont moins. Le Boterf (1998) utilise la métaphore de la partition musicale pour illustrer la nécessité, pour le professionnel, de respecter certaines règles et critères tout en laissant libre cours à son interprétation personnelle de cette partition qui elle, est unique.

L'intégration de l'identité personnelle et de l'identité professionnelle

Au cours de son développement, le thérapeute intègre donc son identité personnelle et son identité professionnelle (Skovholt & Ronnestad, 1992). Boivin (2012) soulève aussi la dimension identitaire du développement professionnel. Dans son étude qualitative, elle a mené des entrevues auprès de sept étudiants au doctorat à l'Université de Sherbrooke dans le but de décrire leur développement professionnel. Elle souligne qu'au fil de son développement, le thérapeute en vient à intégrer dans un tout cohérent son rôle d'expert et son aspect humain, plutôt que de les voir en opposition (être un *ou* l'autre).

Les participants ont évoqué le fait que tout thérapeute passe par une période de transition où il n'est pas tout à fait à l'aise dans son rôle professionnel. Ils considèrent cette phase comme faisant partie d'un processus normal d'intégration et mentionnent être passés par ce processus. Au début, ils « jouaient » au thérapeute. Puis, au fil de l'expérience, ils se sont progressivement permis d'être eux-mêmes; ils ont ainsi intégré le rôle de psychologue. En parlant de la comparaison entre leur façon actuelle d'être en thérapie et en début de pratique, les participants ont affirmé qu'ils n'auraient pas posé des gestes comme dévoiler leurs expériences personnelles ou faire une accolade à un client. Ils ont graduellement adopté une relation plus naturelle et spontanée.

Les résultats de Skovholt et Ronnestad (1992) vont dans le même sens que les propos des participants. Ces chercheurs ont réalisé une étude qualitative dans le but de

décrire le développement professionnel des thérapeutes. Des entrevues semi-structurées ont été conduites auprès de 100 thérapeutes de niveaux différents d'expérience. Les résultats suggèrent que le thérapeute, en cours de formation, adopte avec rigidité des modes de fonctionnement appris dans les livres ou enseignés par les professeurs afin de répondre aux exigences du programme de formation. Le thérapeute retrouverait graduellement ses façons d'être personnelles à mesure qu'il chemine dans son développement professionnel. Ainsi, son niveau d'authenticité augmenterait à travers le temps, jusqu'à devenir pleinement lui-même tout en étant fidèle à son rôle professionnel.

Boivin (2012) souligne également que le thérapeute, avec le temps, choisit de plus en plus des engagements professionnels en cohérence avec ses valeurs, ses intérêts, ses compétences et ses limites personnelles. Dans la même optique, les participants de la présente étude ont mentionné avoir choisi une approche qui s'accorde à ce qu'ils sont. Ils utilisent des stratégies d'interventions avec lesquelles ils se sentent naturellement plus à l'aise et interviennent dans un contexte qui leur convient (p. ex., exercer en bureau privé, avec une clientèle adulte). Les participants disent également sélectionner les clients en tenant compte de leurs limites. Par exemple, certains font le choix de ne pas travailler avec des clients qui présentent un trouble de la personnalité.

L'humanité implique donc un processus d'intégration de l'identité personnelle et de l'identité professionnelle, dans lequel le thérapeute est appelé à faire des choix professionnels en cohérence avec qui il est.

Le développement des qualités humaines

Bien que les participants considèrent mettre à profit, en psychothérapie, des qualités qui sont aussi présentes dans leur vie de tous les jours (p. ex., la chaleur, l'intérêt), ils insistent sur l'importance de s'engager dans leur développement personnel pour accroître leur capacité à entrer en relation avec le client avec humanité. Il est donc possible de développer ses qualités humaines. La psychothérapie personnelle est évoquée comme un moyen de s'engager dans un processus de développement personnel et ce, tant par les participants que dans les écrits (Norcross, 2005; Phelon, 2004). La psychothérapie personnelle serait notamment associée à la chaleur et à l'authenticité du thérapeute (Macran & Shapiro, 1998). La pratique de la méditation est aussi de plus en plus proposée comme un moyen de développer différentes qualités reliées à l'humanité en psychothérapie. Elle aiderait le thérapeute à approfondir sa présence (Boellinghaus et al., 2013; Geller & Greenberg, 2002; McCollum & Gehart, 2010; Padilla, 2010) et elle contribuerait au développement de sa compassion (Boellinghaus et al., 2013; Ricard, 2013).

Un parallèle peut être fait entre les thérapeutes qui font preuve d'humanité et les thérapeutes « experts », qui sont engagés dans un processus de croissance personnelle et professionnelle. Un portrait de ces thérapeutes est résumé par Skovholt et al. (2004). Selon ces chercheurs, les thérapeutes experts ont développé et intégré des caractéristiques cognitives (p. ex., curiosité), émotionnelles (p. ex., acceptation de soi, humilité), et relationnelles (p. ex., capacité de s'engager avec l'autre, compassion) à un

haut degré. Skovholt et al. (2004) en viennent à dire que le développement du thérapeute expert va de pair avec un développement humain optimal, puisqu'il est question des mêmes caractéristiques dans les deux cas. L'humanité concerne la pleine réalisation de sa nature humaine, si l'on se fie à la définition proposée par Maslow (1971/2006). Elle est également considérée comme une vertu dont la valeur est universellement reconnue (Peterson & Seligman, 2004). C'est donc dire que l'humanité en psychothérapie rassemble des caractéristiques qui sont mises à profit dans la relation entre le thérapeute et son client.

Forces et limites de l'étude

Cette section présente les forces et les limites de la présente étude.

Les forces de l'étude

Cette recherche a dressé un portrait de l'humanité en psychothérapie du point de vue de psychologues expérimentés. La première force de cette étude est d'avoir exploré la dimension humaine de la relation thérapeutique, un sujet peu documenté dans les écrits scientifiques, mais qui semble au cœur de la psychothérapie. Une autre force est d'avoir mis l'humanité en lien avec l'incontournable cadre thérapeutique. Alors que ces deux éléments peuvent être mis en opposition, cette recherche a tenté de voir leur complémentarité. Par ailleurs, la méthode de collecte de données par entrevues semi-structurées a permis de plonger dans la subjectivité des participants et de les inviter à partager leur expérience, au-delà de la théorie professée. Le fait de s'intéresser aux gens

du terrain – les thérapeutes eux-mêmes – a fourni à ceux-ci une occasion de mettre en valeur une aptitude reconnue par leurs pairs. L'utilisation d'un guide d'entrevue composé de questions larges et ouvertes a permis aux participants de s'exprimer librement sur le sujet et ainsi d'avoir accès à une grande variété de réponses. De plus, le fait d'avoir accès à des thérapeutes reconnus et experts a permis de recueillir un contenu riche. Le caractère inductif de ce contenu, qui émane véritablement des gens qui vivent l'expérience, permet de mettre celle-ci à profit et de découvrir de nouvelles perspectives. Néanmoins, la présente étude comporte certaines limites.

Les limites de l'étude

Une première limite est l'impossibilité de généraliser les résultats à la population des psychologues cliniciens. En effet, l'analyse des données est limitée à la description subjective de l'expérience des participants de l'étude et le groupe de participants est restreint. Néanmoins, les résultats obtenus sont transférables à la population des psychologues qui ont une longue expérience clinique et qui sont reconnus par leurs pairs pour leur humanité. Une autre limite à l'étude est qu'une seule méthode de collecte des données – l'entrevue – a été utilisée. De plus, le point de vue d'une seule catégorie d'acteurs – les thérapeutes – a été sondé.

Par ailleurs, le concept d'humanité en psychothérapie est apparu comme étant large et difficile à cerner. Selon Corey (2001), un problème avec certains principes thérapeutiques est que ce sont des termes vagues, globaux, et qu'il est difficile de

conduire des recherches sur le processus ou sur les effets de ces concepts. Cela semble être le cas avec le concept d'humanité en psychothérapie.

Une autre limite concerne l'homogénéité du groupe de participants. Les participants référés ont été sélectionnés en fonction de leur proximité géographique et de leur disponibilité. Ainsi, tous les participants pratiquent dans la région de Sherbrooke et sont d'origine caucasienne. De plus, toutes les approches théoriques ne sont pas représentées de façon équivalente. Il importe néanmoins de souligner que la majorité des participants ont mentionné intégrer des éléments de différentes approches dans leur pratique. Une plus grande diversité au niveau du groupe de participants aurait permis une meilleure représentation de l'ensemble des psychologues et une plus grande transférabilité des résultats.

Par ailleurs, les psychologues qui ont accepté de participer à l'étude ont une vision positive de l'humanité en psychothérapie. Ceci fait en sorte que l'on passe peut-être à côté d'un point de vue plus critique. Il est également possible que les participants aient été influencés par une certaine désirabilité sociale, puisqu'ils ont été reconnus par leur entourage comme des thérapeutes humains. De plus, il s'agit d'un sujet délicat qui peut faire en sorte que le thérapeute ne dira pas tout ou présentera sa pratique de façon plus positive et éthiquement acceptable.

Une autre limite concerne le fait que c'est la chercheuse qui a conduit toutes les étapes de la recherche. Bien que cela apporte de la cohérence à la démarche, ceci constitue également une limite en ce sens que cela influence évidemment les résultats. De plus, l'analyse thématique est un processus subjectif qui est orienté par le regard de celui qui la conduit (Paillé & Mucchielli, 2012). Des précautions ont néanmoins été prises pour assurer la plus grande validité aux données, tel que cela a été détaillé précédemment dans la présentation de la méthode d'analyse.

Par ailleurs, la recension des écrits antérieure aux entrevues a pu avoir une influence et fait en sorte que le processus n'est pas totalement inductif. Ce processus a été influencé par la façon dont les auteurs ont défini l'humanité et par les thèmes connexes qui y sont associés.

Somme toute, bien que ces limites invitent à une certaine prudence dans l'interprétation des résultats, cette étude ouvre la voie à d'autres recherches qui permettront de mieux comprendre en quoi consiste l'humanité en psychothérapie et comporte des retombées positives.

Retombées cliniques

La présente étude a permis de redonner ses lettres de noblesse à la dimension plus humaine de la psychothérapie, qui est peu étudiée scientifiquement. Elle a mis en lumière différents concepts qui y sont liés. Certains de ces concepts font déjà l'objet

d'études, comme l'authenticité, alors que d'autres sont peu abordés dans les écrits scientifiques, comme l'humilité.

Cette recherche a dressé un portrait global de l'humanité en psychothérapie à partir de la perspective de psychologues québécois. En ce sens, elle a permis de démystifier une notion liée à la pratique et d'approfondir les connaissances à ce sujet. De manière générale, mieux connaître l'humanité en psychothérapie permet d'y faire une place, de mieux la comprendre et de la développer. La présente étude apporte également un éclairage sur certains aspects de la pratique qui peuvent être occultés, comme la possibilité d'aborder le cadre thérapeutique avec flexibilité.

Par ailleurs, cette étude peut amener les thérapeutes à réfléchir à la place que prend la dimension humaine dans leur pratique. En ce sens, elle peut les encourager à replacer cette composante essentielle au cœur de la psychothérapie. La présente étude peut également sensibiliser les étudiants et les stagiaires en psychologie à l'importance de tenir compte de l'aspect humain en psychothérapie. De plus, elle peut inciter les programmes de formation à inclure cette dimension dans le cursus. En effet, en plus des connaissances théoriques et des compétences techniques, la formation des futurs psychologues pourrait favoriser le développement personnel des étudiants, notamment au niveau des habiletés relationnelles et des qualités humaines.

Pistes d'investigations futures

Des recherches pourraient être effectuées dans le but d'approfondir la conception de l'humanité en psychothérapie. Entre autres, il serait pertinent d'accroître le nombre d'études sur le sujet et de faire appel à un plus grand nombre de participants afin d'aller chercher d'autres perspectives sur le sujet. Une autre piste d'investigation serait d'utiliser différentes méthodes de collecte des données afin d'obtenir des points de vue complémentaires à partir de plusieurs perspectives. Par exemple, un groupe de discussion pourrait permettre de réunir des psychologues et les aider à expliciter leurs réflexions sur l'humanité en psychothérapie. Il serait également possible de réaliser des observations directes de la pratique dans le but de voir comment l'humanité se manifeste. Par ailleurs, une recherche pourrait être effectuée auprès de clients sur leur expérience de l'humanité en psychothérapie afin de mieux comprendre cette expérience. Ceci serait d'autant plus pertinent que c'est l'expérience du client qui prédirait de manière la plus significative le succès de la thérapie selon certains auteurs (Duncan & Moynihan, 1994; Markin et al, 2014).

Conclusion

L'objectif général de cette étude à caractère exploratoire était de mieux comprendre l'humanité en psychothérapie. Plus spécifiquement, elle visait à décrire ce qu'est l'humanité et comment elle se manifeste en psychothérapie et ce, d'après la perspective des thérapeutes. En ce sens, les objectifs ont été atteints. En effet, la présente étude a permis de dresser un premier portrait de ce qu'est l'humanité en psychothérapie.

Les données ont été recueillies à l'aide d'entrevues semi-structurées, réalisées auprès de six psychologues expérimentés exerçant la psychothérapie avec une clientèle adulte et étant reconnus par leurs pairs comme étant des modèles d'humanité. L'analyse thématique a permis de faire ressortir des éléments qui définissent globalement ce qu'est l'humanité, des croyances qui guident le thérapeute dans ses interventions et différentes façons dont l'humanité se manifeste en psychothérapie. Les résultats ont également mis l'humanité en relation avec le cadre thérapeutique et le rôle professionnel du thérapeute.

Suite à l'analyse des résultats et à la lecture des écrits scientifiques, il apparaît que l'humanité en psychothérapie représente une façon d'être du thérapeute. Cette façon d'être, communiquée de manière implicite, naît d'une présence authentique à soi et s'exprime à travers une présence sensible à l'autre. Cette présence, mue par un intérêt sincère pour l'autre, est empreinte de sentiments d'amour et de compassion et se traduit par une attitude bienveillante et chaleureuse à l'égard du client.

L'humanité en psychothérapie invite le thérapeute à faire l'expérience d'être véritablement touché par le client, à se montrer tel qu'il est et à se donner le droit d'être imparfait. Elle invite également le thérapeute à choisir de travailler avec un client selon sa compétence, mais aussi selon sa capacité à l'accepter et à l'aimer.

L'humanité en psychothérapie accorde une grande valeur à la relation, qui représente l'essence du changement. Elle contribue à créer un contexte relationnel sécurisant, dans lequel le thérapeute et le client peuvent vivre une expérience de connexion et de partage affectif. Dans cette relation, le client – et non la maladie – est placé au centre de la thérapie. La souffrance est reconnue comme universelle et le thérapeute et le client sont considérés comme des êtres à part entière.

Les participants de la présente recherche ont affirmé que la dimension humaine est toujours présente en psychothérapie, comme en trame de fond. En ce sens, dire que la psychothérapie est humaine serait en quelque sorte un pléonasme. En fait, la question suivante peut être posée : existe-t-il des thérapeutes qui ne soient pas humains? Aucun thérapeute ne peut échapper à sa nature d'être humain et chacun a la possibilité de développer ses qualités humaines en s'engageant dans son développement personnel. Néanmoins, il semble que certains thérapeutes soient plus sensibles à la dimension humaine de la psychothérapie, qu'ils en reconnaissent davantage la valeur thérapeutique, ou encore qu'ils aient l'audace de se montrer plus humains devant leurs clients.

De plus amples recherches permettront de développer une meilleure compréhension de l'humanité en psychothérapie, de lui faire une juste place dans la pratique clinique et de l'intégrer dans la formation des futurs psychologues.

Références

- Adams, P. (2002). Humour and love : The origination of clown therapy. *Postgraduate Medical Journal*, 78, 447-448.
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy : Principles and application*. New York, NY : Ronald Press.
- Allison, K. L., & Rossouw, P. J. (2013). The therapeutic alliance : Exploring the concept of “safety” from a neuropsychotherapeutic perspective. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 1, 21-29.
- Almeida, D. V., & Chaves, E. C. (2013). Teaching humanization in undergraduate nursing course subjects. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31, 44-53.
- Assay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy : Quantitative findings. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Éds), *The heart and soul of change : What works in therapy* (pp. 23-56). Washington, DC : American Psychological Association.
- Audet, C. T. (2004). *Client experiences of therapist self-disclosure* (Thèse de doctorat inédite). Université de l'Alberta, Edmonton, AB.
- Audet, C. T. (2011). Client perspectives of therapist self-disclosure : Violating boundaries or removing barriers? *Counselling Psychology Quarterly*, 24(2), 85-100.
- Audet, C. T., & Everall, R. D. (2010). Therapist self-disclosure and the therapeutic relationship : A phenomenological study from the client perspective. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38, 327-342.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Éds), *The heart and soul of change : What works in therapy* (pp. 133-178). Washington, DC : American Psychological Association.
- Barnett, J. E. (2011). Psychotherapist self-disclosure : Ethical and clinical considerations. *Psychotherapy*, 48, 315-321.
- Barrett, M. S., & Berman, J. S. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 597-603.

- Bates, T. (2005). The expression of compassion in group cognitive therapy. Dans P. Gilbert (Éd.), *Compassion : Conceptualisations, research, and use in psychotherapy* (pp. 369-386). New York, NY : Routledge.
- Beltrán, O. A. (2015). Humanized care : A relationship of familiarity and affectivity. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33, 17-27.
- Bilheran, A. (2009). *L'autorité*. Barcelone : Armand Colin.
- Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Zuroff, D. C., & Pilkonis, P. A., (1996). Characteristics of effective therapists : Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1276-1284.
- Boellinghaus, I., Jones, F. W., & Hutton, J. (2013). Cultivating self-care and compassion in psychological therapists in training : The experience of practicing loving-kindness meditation. *Training and Education in Professional Psychology*, 7, 267-277.
- Bohart, A., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work : The process of active self-healing*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Boivin, I. (2012). *Devenir psychologue : cheminement épistémologique d'étudiants dans un programme de formation professionnelle en psychologie clinique* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Braun, J. M. (1992). *Compassion and the psychotherapist* (Thèse de doctorat inédite). California Institute of Integral Studies, San Francisco, CA.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Bridges, N. A. (2001). Therapist's self-disclosure : Expanding the comfort zone. *Psychotherapy*, 38, 21-30.
- Buber, M. (1969). *Je et Tu* (traduit par G. Bianquis). Paris : Aubier.
- Bugental, J. F. (1987). *The art of the psychotherapist*. New York, NY : W. W. Norton & Company.
- Buirski, P. (2007). *Practicing intersubjectively*. Lanham, MD : Jason Aronson.

- Buirski, P., & Haglund, P. (2001). *Making sense together : The intersubjective approach to psychotherapy*. Hillsdale, NJ : The Analytic Press.
- Burks, D. J., & Robbins, R. (2012). Psychologists' authenticity : Implications for work in professional and therapeutic settings. *Journal of Humanistic Psychology*, 52, 75-104.
- Cain, D. J. (2007). What every therapist should know, be and do : Contributions from humanistic psychotherapies. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 3-10.
- Carnochan, P. G. M. (2001). *Looking for ground : Countertransference and the problem of value in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ : Analytic Press.
- Cassell, E. J. (2002). Compassion. Dans C. R. Snyder & S. J. Lopez (Éds), *Handbook of positive psychology* (pp. 434-445). New York, NY : Oxford University Press.
- Castonguay, L.G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance : Where are we and where should we go? *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 43, 271-279.
- Chochinov, H. M., McClement, S. E., Hack, T. F., McKeen, N. A., Rach, A. M., Gagnon, P., ... Taylor-Brown, J. (2013). Healthcare provider communication : An empirical model of optimal therapeutic effectiveness. *Cancer*, 119, 1706-1713.
- Colosimo, K.A., & Pos, A. E. (2015). A rational model of expressed therapeutic presence. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25, 100-114.
- Cooper, M. (2005). Therapists' experiences of relational depth : A qualitative interview study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5, 87-95.
- Corey, G. (2001). *Person-centered therapy : Theory and practice of counseling and psychotherapy* (6e éd.). Belmont, CA : Wadsworth.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., ... Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81-91.
- Decety, J., & Lamm, C. (2009). Empathy versus personal distress : Recent evidence from social neuroscience. Dans J. Decety, & W. Ickes (Éds), *The social neuroscience of empathy* (pp. 199-213). Cambridge, MA : MIT Press.
- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité : perspectives développementales*. Montréal, QC : Éditions du Reflet.

- Duncan, B. L., & Moynihan, D. W. (1994). Applying outcome research : Intentional utilization of the client's frame of reference. *Psychotherapy, 31*, 294-301.
- Dunn, S. (2005). *Le concept d'amour en psychothérapie : un outil au service de la relation*. Montréal, QC : Éditions Nouvelles.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy, 48*, 43-49.
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance : An empirical review. *Clinical Psychology Review, 28*, 1167-1187.
- Esterberg, K. G. (2002). *Qualitative methods in social research*. Boston, MA : McGraw-Hill.
- Farber, B. A. (2003). Self-disclosure in psychotherapy practice and supervision : An introduction. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 525-528.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 59*, 10-17.
- Fuertes, J. N., Mislawack, A., Brown, S., Gur-Arie, S., Wilkinson, S., & Gelso, C. J. (2007). Correlates of the real relationship in psychotherapy : A study of dyads. *Psychotherapy Research, 17*, 423-430.
- Gaille, M., & Foureux, N. (2010). L'« humanité », enjeu majeur de la relation médecin-patient : y a-t-il une violence intrinsèque à la situation de soin? *Perspective soignante, 37*, 6-27.
- Geller, J. D. (2003). Self-disclosure in psychoanalytic-existential therapy. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 541-554.
- Geller, S. M. (2013). Therapeutic presence : An essential way of being. Dans M. Cooper, P. F., Schmid, M. O'Hara, & A. C. Bohart, (Éds), *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling* (2e éd., pp. 209-222). Basingstoke, UK : Palgrave.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic presence : Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 1*, 71-86.

- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence : A mindful approach to effective therapy*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Geller, S. M., Greenberg L. S., & Watson, J.C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence : The development of a measure. *Psychotherapy Research*, 20, 599-610.
- Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence : Neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24, 178-192.
- Geller, S. M., Pos, A. W., & Colosimo, K. (2012). Therapeutic presence : A fundamental common factor in the provision of effective psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, 47, 6-13.
- Gelso, C. J. (2002). Real relationship : The « something more » of psychotherapy, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 35-40.
- Gelso, C. J. (2011). *The real relationship in psychotherapy : The hidden foundation of change*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship : Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 296-306.
- Gelso, C. J., Kelley, F. A., Fuertes, J. N., Marmarosh, C., Holmes, S. E., Costa, C., & Hancock, G. R. (2005). Measuring the real relationship in psychotherapy : Initial validation of the therapist form. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 640-649.
- Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., Busa-Knepp, J., Spiegel, E. B., Ain, S., Hummel, A. M., ... Markin, R. D. (2012). The unfolding of the real relationship and the outcome of brief psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 495-506.
- Gelso, C. J., Perez-Rojas, A. E., & Marmarosh, C. (2014). Love and sexuality in the therapeutic relationship. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 123-134.
- Gerrard, J. (1996). Love in the time of psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 13, 163-173.
- Gilbert, P. (Éd.) (2005). *Compassion : Conceptualisations, research, and use in psychotherapy*. New York, NY : Routledge.

- Gilbert, P. (Éd.) (2009). *The compassionate mind : A new approach to life's challenges*. London, UK : Constable & Robinson.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy : Distinctive features*. London, UK : Routledge.
- Giorgi, A., & Giorgi, B. (2003). Phenomenology. Dans J. A. Smith (Éd.), *Qualitative psychology : A practical guide to research methods* (pp. 25-50). London, UK : Sage.
- Girard, L., & Delisle, G. (Éds) (2012). *La psychothérapie du lien : genèse et continuité*. Montréal, QC : Éditions du Reflet.
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion : An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136, 351-374.
- Goldstein, G., & Suzuki, J. Y. (2015). The analyst's authenticity : "If you see something, say something". *Journal of Clinical Psychology*, 71, 451-456.
- Greenberg, L. S. (1994). What is « real » in the relationship? Comment on Gelso and Carter (1994). *Journal of Counseling Psychology*, 41, 307-309.
- Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 17, 15-30.
- Greenson, R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New-York, NY : International Universities Press.
- Greenson, R. R., & Wexler, M. (1969). *The non-transference relationship in the psychoanalytic situation*. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 50, 27-39.
- Hanson, J. (2005). Should your lips be zipped? How therapist self-disclosure and nondisclosure affects clients. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5, 96-104.
- Hatcher, R. L. (2009). Considering the real relationship : Reaction to Gelso's « The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations ». *Psychotherapy Research*, 19, 269-272.
- Henretty, J. R., & Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy : A qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 30, 63-77.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2002). Self-disclosure. Dans J. C. Norcross (Éd.), *Psychotherapy relationships that work : Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 255-265). New York, NY : Oxford University Press.

- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship, *Psychotherapy Research*, 19, 13-29.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25, 517-572.
- Horvath, A. O. (2009). How real is the « real relationship »? *Psychotherapy Research*, 19, 273-277.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. G. (Éds) (1994). *The Working alliance : Theory, research, and practice*. New York, NY : Wiley.
- Horvath, A. O., & Symonds, D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Jacobson, B. (2007). Authenticity and our basic existential dilemmas : Foundational concepts of existential psychology and therapy. *Existential Analysis*, 18, 288-296.
- Kelley, F. A., Gelso, C. J., Fuertes, J. N., Marmarosh, C., & Lanier, S. J. (2010). The real relationship inventory : Development and psychometric investigation of the client form. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47, 540-553.
- Knox, S., Hess, S. A., Petersen, D. A., & Hill, C. E. (1997). A qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 274-283.
- Knox, S., & Hill, C. E. (2003). Therapist self-disclosure : Research-based suggestions for practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 529-539.
- Kolden, G. G., Klein, M. H., Wang C.-C., & Austin, S. B. (2011). *Psychotherapy*, 48, 65-71.
- Koser, N. (2010). An exploratory presence. *Journal of Humanistic Psychology*, 50, 297-311.
- Kvale, S. (1996). *InterViews : An introduction to qualitative research interviewing*. London, UK : Sage.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. Dans J. C. Norcross, & M. R. Goldstein (Éds), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New-York, NY : Basic.

- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dans M. J. Lambert (Éd.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5e éd., pp. 139–193). New York, NY : Wiley.
- Le Boterf, G. (1998). Évaluer les compétences : Quels jugements? Quels critères? Quelles instances? *Éducation permanente*, 135, 143-152.
- Lecomte, C., & Richard, A. (2006). Pour une psychothérapie pleinement relationnelle. Dans S. Ginger, E. Marc et A. Tarpanian (Éds), *Être Psychothérapeute : Questions, pratiques, enjeux* (pp. 145-155). Paris : Dunod.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25, 73-102.
- Le Petit Robert I.* (2003). Paris : Le Robert.
- Lewin, R. A. (1996). *Compassion : The core value that animates psychotherapy*. Northvale, NJ : Jason Aronson.
- Lietaer, G. (2001). Being genuine as a therapist : Congruence and transparency. Dans G. Wyatt (Éd.), *Rogers' therapeutic conditions : Evolution, theory and practice. Vol. 1: Congruence* (pp. 36-54). Ross-on-Wye, UK : PCCS Books.
- Lo Coco, G., Gullo, S., Prestano, C., & Gelso, C. J. (2011). Relation of the real relationship and the working alliance to the outcome of brief psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 359-367.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguer, L., Woody, G., & Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters : Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 53-65.
- Macran, S., & Shapiro, D. A. (1998). The role of personal therapy for therapists : A review. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 13–25.
- Maendly, V., Despland, J.-N., & Kramer, U. (2013). Révéler son humanité? L'autorévélation du thérapeute à la lumière de la recherche empirique. *Pratiques psychologiques*, 19, 189-201.
- Marmarosh, C. L., Gelso, C. J., Markin, R. D., Majors, R., Mallery, C., & Choi, J. (2009). The real relationship in psychotherapy : Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 337-350.

- Markin, R. D., Kivlighan, D. M., Gelso, C. J., Hummel, A. M., & Spiegel, E. B. (2014). Clients' and therapists' real relationship and session quality in brief therapy : An actor partner interdependence analysis. *Psychotherapy, 51*, 413-423.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables : A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450.
- Maslow, A. (2006). *Être humain : la nature humaine et sa plénitude* (traduit par A. Prigent et L. Nicolaieff). Paris : Eyrolles. (Ouvrage original publié en 1971).
- Matta, R. (2004). *Couch and compassion : A phenomenological study of the psychoanalyst's experience of compassion* (Thèse de doctorat inédite). California Institute of Integral Studies, San Francisco, CA.
- May, R. (1969). *Love and will*. New York, NY : W. W. Norton & Company.
- McCollum, E. E., & Gehart, D. R. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists therapeutic presence : A qualitative study. *Journal of Marital and Family Therapy, 36*, 347-360.
- McCullough, L. (2009). The challenge of distinguishing figure from ground : Reaction to Gelso's work on the real relationship. *Psychotherapy Research, 19*, 265-268.
- McWilliams, N. (2005). Preserving our humanity as therapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 139-151.
- Mearns, D., & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counselling and psychotherapy*. London, UK : Sage.
- Messer, S. B. (2012). Book Review : The real relationship in psychotherapy : The hidden foundation of change. *Psychotherapy Research, 22*, 363-365.
- Mignon, M., & Sureau, C. (Éds) (2003). *Humanisme médical : pour la pérennité d'une médecine à visage humain*. Paris : John Libbey Eurotext.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd.; traduit par Hlady Rispal). Bruxelles : Éditions De Boeck.
- Miller, A. (1996). *L'avenir du drame de l'enfant doué*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (2001). *Pour en finir avec Babel : à la recherche d'un langage unificateur pour l'exercice de la psychothérapie* (traduit par A. Bohuon). St-Hyacinthe, QC : Edisem.
- Mitchell, S. A. (2000). *Relationality : From attachment to intersubjectivity*. Hillsdale, NJ : The Analytic Press.
- Myers, D., & Hayes, J. A. (2006). Effects of therapist general self-disclosure and countertransference disclosure on ratings of the therapist and session. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 173-185.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion : An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Norcross, J. C. (2005). The psychotherapist's own psychotherapy : Educating and developing psychologists. *American Psychologist*, 60, 840-850.
- Orange, D. M. (1995). *Emotional understanding : Studies in psychoanalytic epistemology*. Hillsdale, NJ : The Analytic Press.
- Orange, D. M. (2006). For whom the bell tolls : Context, complexity, and compassion in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 1, 5-21.
- Orange, D. M., Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1997). *Working intersubjectively : Contextualism in psychoanalytic practice*. Hillsdale, NJ : The Analytic Press.
- Ordre des psychologues du Québec. (2015, Octobre). *Code de déontologie*. Repéré à <https://www.ordrepsy.qc.ca/fr/psychologue/obligations/code-le-deontologie.sn>
- Padilla, A. (2010). *Mindfulness in therapeutic presence : How mindfulness of therapists impacts treatment outcome* (Thèse de doctorat inédite). The New School for Social Research, New York, NY.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd.). Paris : Armand Colin.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publication.

- Peterson, C., & Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues : A handbook and classification*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Phelon, C. R. (2001). *Healing presence : An intuitive inquiry into the presence of the psychotherapist* (Thèse de doctorat inédite). Institute of Transpersonal Psychology, Palo Alto, CA.
- Phelon, C. R. (2004). Healing presence in the psychotherapist. *The Humanistic Psychologist*, 32, 342-356.
- Pommier, E. A. (2010). *The compassion scale* (Thèse de doctorat inédite). The University of Texas at Austin, Austin, TX.
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology : A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 126-136.
- Poupart J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville, QC : Gaëtan Morin Éditeur.
- Ricard, M. (2013). *Plaidoyer pour l'altruisme : la force de la bienveillance*. Paris : NiL éditions.
- Rodgers, R.-F., Cailhol, L., Bui, E., Klein, R., Schmitt, L., & Chabrol, H. (2010). L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique. *L'Encéphale*, 36, 433-438.
- Rodriguez, L. (2005). What's love got to do with it : Thinking about love in the therapeutic relationship from a philosophical and existential perspective. *Existential Analysis*, 16, 370-377.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1970). *Le développement de la personne* (traduit par E. L. Herbert). Paris : Dunod.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447-458.
- Saltzman, C. (2012). Review : The real relationship in psychotherapy. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 18, 379-383.

- Savoie-Zajc, L. (2004). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T. Karsenti, & L. Savoie-Zajc (Éds), *La recherche en éducation : Étapes et approches*. Sherbrooke, QC : Éditions du CRP.
- Schnellbacher, J., & Leijssen, M. (2009). The significance of therapist genuineness from the client's perspective. *Journal of Humanistic Psychology*, 49, 207-228.
- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York, NY : W.W. Norton & Company.
- Schore, A. N. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi* (traduit par NeuROgestalt). Montréal, QC : Les Éditions du CIG.
- Shamay-Tsoory, S. (2009). Empathic processing : Its cognitive and affective dimensions and neuroanatomical basis. Dans J. Decety, & W. Ickes (Éds), *The social neuroscience of empathy* (pp. 215–232). Cambridge, MA : MIT Press.
- Shapira, L. (2013). The essential elements of a therapeutic presence. *Cancer*, 119, 1609-1610.
- Siegel, D. J. (2007). *The mindful brain : Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York, NY : W. W. Norton & Company.
- Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist : A clinician's guide to mindsight and neural integration*. New York, NY : W.W. Norton & Company.
- Siegel, R. D., & Germer, C. K. (2012). Wisdom and compassion : Two wings of a bird. Dans C. K. Germer, & R. D. Siegel (Éds), *Wisdom and compassion in psychotherapy : Deepening mindfulness in clinical practice* (pp. 9–34). New York, NY : Guilford Press.
- Skovholt, T. M., Jennings, L., & Mullenbach, M. (2004). Portrait of the master therapist : Developmental model of the highly-functioning self. Dans T. M. Skovholt, & L. Jennings (Éds), *Master therapists : Exploring expertise in therapy and counseling* (pp. 125-146). Boston, MA : Allyn & Bacon.
- Skovholt, T. M., & Ronnestad, M. H. (1992). Themes in therapist and counselor development. *Journal of Counseling & Development*, 70, 505-515.
- Sprecher, S., & Fehr, B. (2005). Compassionate love for close others and humanity. *Journal of Social and Personality Relationships*, 22, 629-651.

- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2003). *Patient-centered medicine : Transforming the clinical method* (2e éd.). Oxford, UK : Radcliffe Publishing.
- St-Arnaud, Y. (1999). *Le changement assisté : Compétences pour intervenir en relations humaines*. Boucherville, QC : Gaëtan Morin.
- St-Arnaud, Y. (2004). L'atelier de praxéologie. Dans L. Mandeville (Éd.), *Apprendre autrement : Pourquoi et comment* (pp. 103-127). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Stern, S. (2011). The therapeutic action of analytic love : Commentary on Joye Weisel-Barth's "Katherine : A long, hard case". *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 6, 489–504.
- Tangney, J. P. (2000). Humility : Theoretical perspectives, empirical findings and directions for future research. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 70-82.
- Tangney, J. P. (2002). Humility. Dans C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Éds), *Handbook of positive psychology* (pp. 411-419). New-York, NY : Oxford University Press.
- Tsai, M., Callaghan, G. M., & Kohlenberg, R. J. (2013). The use of awareness, courage, therapeutic love, and behavioral interpretation in functional analytic psychotherapy. *Psychotherapy*, 50, 366-370.
- Underwood, L.G. (2002). The human experience of compassionate love. Dans S. G. Post, L. G. Underwood, J. P. Schloss, & W.B. Hurlbut (Éds), *Altruism and altruistic love : Science, philosophy, and religion in dialogue* (pp. 72-88). Oxford, UK : Oxford University Press.
- Vasquez, M. J. T. (2007). Sometime a taco is just a taco! *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 406–408.
- Vida, J. E. (2002). The role of love in the therapeutic action of psychoanalysis. *American Imago*, 59, 435-445.
- Vivino, B. L., Thompson, B. J., Hill, C. E., & Ladany, N. (2009). Compassion in psychotherapy : The perspective of therapists nominated as compassionate. *Psychotherapy Research*, 19, 157-171.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate : Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Watson, J. (2003). Love and caring : Ethics of face and hand – An invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nursing Administration Quarterly*, 27, 197-202.
- Watson, J. C. (2011). Book review : The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change. *Psychotherapy*, 48, 374-375.
- Wilders, S. (2011). La profondeur relationnelle et l'Approche centrée sur la personne (traduit par N. Stora et F. Ducroux-Biass). *Approche Centrée sur la Personne : Pratique et recherche*, 14, 38-51.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Paris : Éditions Gallimard.
- Yalom, I. (2002). *The gift of therapy : An open letter to a new generation of therapists and their patients*. New York, NY : Harper Collins.
- Young-Eisendrath, P. (2007). Learning about love through the therapeutic action of psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 27, 310-325.
- Ziv-Beiman, S. (2013). Therapist self-disclosure as an integrative intervention. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23, 59-74.
- Zur, O., Williams, M. H., Lehavot, K., & Knapp, S. (2009). Psychotherapist self-disclosure and transparency in the Internet age. *Professional Psychology : Research and Practice*, 40, 22-30.

Appendice A

Courriel de recrutement

Bonjour,

Je fais appel à vous aujourd'hui dans le but de recruter des participants dans le cadre de mon projet de thèse qui porte sur l'humanité en psychothérapie. L'objectif de la recherche est de mieux comprendre ce qu'est l'humanité dans le contexte thérapeutique, selon la perspective de psychologues d'expérience de diverses approches.

Un thérapeute est considéré comme « humain » lorsqu'il se montre comme une « personne », au-delà de son rôle professionnel, et qu'il considère l'autre comme une « personne », au-delà de son statut de client. L'humanité implique également, pour le thérapeute, de reconnaître toutes les dimensions de l'expérience humaine (en lui-même et en l'autre) et de les accueillir avec bienveillance.

Pour réaliser ce projet, je sollicite votre aide afin de trouver une ou des personnes qui, selon vous, font preuve d'humanité en psychothérapie et qui répondent aux critères suivants :

- Être membre de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ).
- Exercer la psychothérapie depuis plus de dix ans.
- Pratiquer dans l'une des trois grandes orientations théoriques suivantes : humaniste-existentielle, psychodynamique-analytique ou cognitive-comportementale.
- N'avoir aucun lien avec la chercheuse et/ou la directrice de recherche.

Si vous connaissez des psychologues qui répondent à ces critères, je vous invite à m'envoyer leur nom ainsi que leurs coordonnées professionnelles (numéro de téléphone).

Merci de m'aider dans mon projet de thèse.

Cordiales salutations,

Marie-Eve Labrecque
Doctorante en psychologie clinique
Université de Sherbrooke
__****
***@USherbrooke.ca

Dirigée par Lucie Mandeville, Ph.D.
Professeure titulaire
Université de Sherbrooke
__**** (poste ***)
***@USherbrooke.ca

Appendice B

Lettre d'invitation

Madame, Monsieur,

Vous avez été identifié comme étant un psychologue qui fait preuve d'humanité. C'est pourquoi je sollicite votre participation à mon projet de thèse qui porte sur l'humanité en psychothérapie. L'objectif de la recherche est de mieux comprendre ce qu'est l'humanité dans le contexte thérapeutique, selon la perspective de psychologues d'expérience de diverses approches.

Un thérapeute est considéré comme « humain » lorsqu'il se montre comme une « personne », au-delà de son rôle professionnel, et qu'il considère l'autre comme une « personne », au-delà de son statut de client. L'humanité implique également, pour le thérapeute, de reconnaître toutes les dimensions de l'expérience humaine (en lui-même et en l'autre) et de les accueillir avec bienveillance.

Pour réaliser ce projet, une entrevue individuelle d'environ 90 minutes est prévue, dans un lieu et à un moment de votre convenance. Vous recevrez à l'avance le formulaire de consentement ainsi que le guide d'entrevue. Vous êtes encouragés à prévoir un temps avant l'entrevue afin de prendre connaissance des documents et d'amorcer votre réflexion sur le sujet.

Votre participation à ce projet de recherche vous apportera l'avantage d'avoir une réflexion en profondeur sur votre expérience d'humanité dans votre pratique. À cela s'ajoute que vous contribuerez à l'avancement des connaissances sur l'humanité en psychothérapie, un sujet jusqu'ici peu étudié.

Si vous êtes intéressé(e) à participer ou à obtenir de plus amples informations sur le projet, vous pouvez communiquer avec moi par courriel ou par téléphone en m'indiquant votre numéro de téléphone et le meilleur moment pour vous rejoindre.

Au plaisir de vous rencontrer,

Marie-Eve Labrecque
Doctorante en psychologie clinique
__****
***@USherbrooke.ca

Dirigée par Lucie Mandeville, Ph.D.
Professeure titulaire
__**** (poste ***)
***@USherbrooke.ca

Appendice C

Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet

L'humanité en psychothérapie : la perspective des psychologues d'expérience.

Responsables du projet

Marie-Eve Labrecque, étudiante au doctorat en psychologie clinique à l'Université de Sherbrooke, est la chercheuse principale de ce projet. Vous pouvez rejoindre Mme Labrecque au (***) ***-**** ou à l'adresse courriel suivante : ***@USherbrooke.ca pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche.

Lucie Mandeville (Ph.D), professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, dirige le projet. Vous pouvez rejoindre Mme Mandeville au (***) ***-**** (poste ***) ou à l'adresse courriel suivante : ***@USherbrooke.ca.

Objectifs du projet

L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre ce qu'est l'humanité en psychothérapie. Plus précisément, cette étude vise à décrire l'expérience de l'humanité des psychologues d'expérience de diverses approches. Cette recherche tentera de définir ce qu'est l'humanité de votre point de vue et de décrire comment elle se manifeste dans la psychothérapie.

Raison et nature de la participation

Votre participation à ce projet est requise pour une entrevue d'environ 90 minutes. Cette entrevue aura lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités. Vous aurez à répondre à des questions ouvertes au sujet de l'humanité dans vos expériences cliniques. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio numérique, puis retranscrite sous forme de verbatim.

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche vous offrira l'occasion d'avoir une réflexion en profondeur sur votre expérience de l'humanité dans votre pratique clinique. De plus, vous contribuerez à l'avancement des connaissances sur l'humanité en psychothérapie, un sujet jusqu'ici peu étudié.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Il est possible que vous ressentiez de la fatigue pendant l'entrevue : le cas échéant, vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue à un autre moment qui vous conviendra. Il se pourrait également que vous vous sentiez inconfortable à partager certaines informations. Dans ce cas, vous pouvez refuser de répondre à certaines questions. Vous pouvez également mentionner, pendant ou à la fin de l'entrevue, s'il y a des informations que vous souhaitez retirer du contenu qui sera analysé.

Droit de retrait de participation sans préjudice

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits?

Oui ☐ Non ☐

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, la chercheuse vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheuse responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, sexe, âge, origine ethnique, coordonnées professionnelles, enregistrement audio et verbatim des entrevues.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable du projet de recherche, Mme Labrecque.

Les données seront utilisées strictement à des fins de recherche dans le but de répondre à l'objectif scientifique du projet de recherche décrit dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec les membres de l'équipe de recherche lors de discussions scientifiques. Il est notamment possible que des collaborateurs de la recherche puissent avoir accès aux enregistrements pour la retranscription des verbatim et l'analyse des données. Aucune discussion, publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier. Dans le cas contraire, votre permission vous sera demandée au préalable.

Les données recueillies seront conservées, sous clé, pour une période n'excédant pas cinq ans après la fin de la collecte des données. Après cette période, les données et les enregistrements audio seront détruits. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Surveillance des aspects éthiques et identification de la présidente du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez en discuter avec la responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à **Mme Dominique Lorrain**, présidente du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke, que vous pouvez rejoindre par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : (819) 821-8000 poste 62644, ou par courriel à : **cer_lsh@usherbrooke.ca**

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (*nom en caractères d'imprimerie*), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature du participant ou de la participante : _____

Fait à _____, le _____ 201_.

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, MARIE-EVE LABRECQUE, chercheuse principale de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature de la chercheuse principale de l'étude : _____

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, MARIE-EVE LABRECQUE, chercheuse principale de l'étude, certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature du responsable du projet : _____

Fait à _____, le _____ 201_.

Appendice D

Guide d'entrevue

Guide d'entrevue

Mise en contexte

« L'humanité en psychothérapie, bien qu'elle n'ait pas fait l'objet d'une définition systématique, est considérée ici comme le fait, pour le thérapeute, de se montrer comme une « personne », au-delà de son rôle professionnel, et de voir l'autre comme une « personne », au-delà de son statut de client. L'humanité en psychothérapie implique également, pour le thérapeute, de reconnaître toutes les dimensions de l'expérience humaine (en lui-même et en l'autre) et de les accueillir avec bienveillance. »

Questions

1. Décrivez-moi des moments où vous avez le sentiment d'avoir vécu de l'humanité en psychothérapie avec vos clients.
2. Parlez-moi des différentes formes que prend l'humanité dans votre pratique clinique (manière dont elle se manifeste). Avez-vous des exemples à rapporter à ce sujet?
 - 2.1. Quels sont les différents gestes que vous posez pour favoriser l'humanité en psychothérapie. Avez-vous des exemples à rapporter à ce sujet?
3. Avez-vous d'autres réflexions, questionnements et/ou commentaires qui émergent à partir de vos expériences d'humanité en psychothérapie?
4. Définissez en vos mots ce qu'est pour vous l'humanité en psychothérapie.

Appendice E

Questionnaire de données démographiques

Questionnaire de données démographiques

Sexe : Femme ☐ Homme ☐

Âge : _____

Origine ethnique : _____

Nombre d'années d'expérience : _____

Orientation théorique principale : _____

Orientation théorique secondaire : _____

Clientèle : _____